Rok XXXVIII. Kraków, 11 Listopada 1899. Nr. 45.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4.

Administracya: Podwale L. 9.

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie**, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38, w **Nowym Jorku** Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

Treść:

Rok XXXVIII. Kraków, 11 Listopada 1899. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Zakładu Higieny Prof. O. Bujwida w Krakowie.

Przypadek obrzęku złośliwego (*Oedema malignum*)

opisał

Filip Eisenberg.

Obrzęk złośliwy (*Oedema malignum*, *Acut purulentes Oedem Pirogoff's*, *Septicémie gangréneuse*, *Gangrène traumatique de Rénault et des vétérinaires*, *Gangrène gazeuse foudroyante)*, podobnie jak inne choroby przyranne ludzi i zwierząt, zawdzięcza rozjaśnienie swej etyologii metodom bakteryologicznym. Wykazały one jako pierwiastek przyczynowy tej choroby naprzód właściwy prątek obrzęku złośliwego (*Bac. oedematis maligni. Vibrion septique*, *Bac. septicus gangraenae Pasteur-Koch* [1]) [2]), w dalszym zaś ciągu cały szereg innych prątków, jako to: *Bac. pseudooedematis maligni Fluegge-Liborius* (*L. Bremer* [3]), *Bac. emphysematis maligni Wicklein* [4]), beztlenowca Fraenkla (E. Fraenkel [5]). P. Ernst [6]), Passow [7]), beztlenowca Guillemota [8]), *B. coli commune* (H. Chiari [9]), O. Margarucci [10]), v. Dungern [11]). *B. coli com.* i *Proteus vulgaris* (G. Muscatello [12]), wreszcie w ostatnim czasie N. Kostanecki i Kaczkowski zbadali śmiertelny przypadek obrzęku złośliwego, wywołany przez *Proteus vulgaris* *).

Co się tyczy przypadków obrzęku złośliwego na tle właściwego *B. oedematis maligni*, to wśród wielu opisanych, liczba tych, które wytrzymują ściślejszą krytykę, a z drugiej strony są dokładnie bakteryologicznie opracowane, jest bardzo niewielka. I tak, znany przypadek L. Briegera i P. Ehrlicha [13]), gdzie obrzęk złośliwy wystąpił u chorego durowego po zastrzyknięciu nalewki piżmowej (*tra moschi*), przedstawia o tyle lukę, że wykazano w nim prątek Pasteura-Kocha tylko w preparacie drobnowidowym i doświadczeniem na zwierzętach, nie sporządzono zaś czystych hodowli. Ten sam brak daje się odczuwać w opisie ciekawego przypadku L. Bremera, Braatza [14]) i trzech przypadków Verneuila [15]). Z drugiej strony, chociaż dokładnie bakteryologicznie opracowany, nie może się ostać wobec krytyki przypadek opisany przez A. Grigoriewa i A. Ukkego [16]), gdzie przy sekcyi zmarłego na dur brzuszny, wykonanej w 40 godzin po śmierci (!), znaleziono t. z. pienistą wątrobę (*Schaumleber*) i odmę podskórną na szyi i wykazano w tych narządach obecność *B. oedematis maligni*, nie istnieje bowiem żadna rękojmia, że nie mamy do czynienia z pośmiertnem wtargnięciem tego drobnoustroju z treści jelitowej przez owrzodzenia durowe do wyżej wzmiankowanych narządów, tembardziej, że za życia nie stwierdzono wcale odmy na szyi.

Ze względu na częstą obecność *B. oedematis maligni* w prawidłowej treści jelitowej i wobec mnożących się opisów co raz to nowych drobnoustrojów, wywołujących obrzęk złośliwy, zadość czynią wymaganiom naukowego badania tylko te przypadki, w których obecność tego drobnoustroju zostanie wykazaną w preparacie drobnowidowym, hodowlą i doświadczeniem na zwierzętach, bądź za życia, bądź w takim czasie po śmierci, który wyklucza jego wtargnięcie pośmiertne do narządów wewnętrznych i zmiany następowe przezeń wywołane. W znanej mi literaturze znajduję tylko 3 przypadki, odpowiadające tym warunkom: dwa, opisane przez L. Nékáma [17]) i przypadek Mencreula [18]). Ta rzadkość dokładnie zbadanych przypadków tej dość nieczęstej choroby skłania mię do ogłoszenia mojego przypadku, który był spostrzegany na oddziele chirurgicznym tutejszego szpit. Św. Łazarza, a za którego odstąpienie składam WP. Prof. R. Trzebickyemu serdeczne na tem miejscu podziękowanie.

Historya choroby brzmi według zapisków szpitalnych jak następuje:

K. G. l. 19, wyrobnik z Igołomi, przyjęty dnia 18. VI. 1899 r. Wywiady: D. 13. b. m. miał uledz wypadkowi, mianowicie ręka lewa dostała mu się w tryby koła maszynowego. Stan obecny: osobnik miernie zbudowany i odżywiony, bez zmian w narządach wewnętrznych. Na przedramieniu ręki lewej, ponad stawem nadgarstkowym, po stronie wewnętrznej — rana miażdżona. trójkątna, o brzegach nierównych, poszarpanych, ciemnosino zabarwionych. Okolica tej rany, jakoteż dłoń i grzbiet ręki — obrzękłe, obumarłe, części skóry odstają, są twarde, zielonawo zabarwione. W ranie wyczuć można złamaną kość łokciową. — W uśpieniu nacięto dłoń głęboko, przyczem wydobywają się gazy gnilne, cuchnące. Dłoń, palce i całe przedramię ponad staw łokciowy nacięto głęboko, założono dreny i opatrzono 19. VI. Wyłuszczono z powodu zgorzeli pięść w stawie nadgarstkowym 21. VI. Zgorzel postępuje. 22. VI. Zrobiono dalsze nacięcia aż pod pachę i założono dreny w uśpieniu 24. VI. Stan ogólny niepomyślny, podgorączkowy, chory wymiotuje. Rany pokryte bladą odrętwiałą ziarniną. Przebieg ciepłoty:

	r.	w.		r.	w.
18./VI.	—	39·3° C.	23./VI.	36·9°	38·3°
19.	38·7°	39·3°	24.	37·0°	38·0°
20.	37·2°	38·6°	25.	37·0°	38·5°
21.	37·3°	37·7°	26.	36·5°	36·6°
22.	37.3°	38·0°	27.	8 m. 30 r. śmierć.	

Sekcya odbyła się dopiero w 26 godzin po zgonie. Z protokołu sekcyi, wykonanej przez p. Doc. Ciechanowskiego, podaję ważniejsze szczegóły: K. G. l. 19. wyrobnik. Rozp. klin. *Oedema malignum*. Rozp. anat. (*Amputatio manus sin.*, *incisiones multiplices antibrachii sin. et drainage l. a. f.*) *Phlegmone gangraenescens prof. antibrachii sin. subs. sepsi. Putrefactio incipiens.*

*) Uprzejmości kol. Kostaneckiego zawdzięczam wiadomość o tym przypadku, który wkrótce będzie ogłoszony.

Kończyna lewa górna amputowana w stawie nadgarstkowym. Na przedramieniu lewem znajduje się kilka ran, z których jedna leży na powierzchni zewnętrznej, długa na 22 ctm., a szeroka na 5½ ctm. i sięga od miejsca amputacyi dno przegubu łokciowego. Brzegi tej rany równe, zabliźniające się; do stanowią mięśnie przedramienia, pokryte ropą i tkanką ziarninową. Na wewnątrz od rany tej druga, do niej i do osi przedramienia równoległa, sięgająca od stawu nadgarstkowego nieco ponad połowę przedramienia, długa 15 ctm., rozwarta 3 ctm. Między ranami jest podłużny mostek skóry i tkanki podskórnej, nacіekły ropą, szeroki 2 ctm. Wspomniana rana mniejsza przedstawia zresztą te same cechy, co większa Trzecia wreszcie rana znajduje się na dłoniowej stronie przedramienia, sięga od linii amputacyjnej na 6 ctm. pod przegubem łokciowym, posiadając postać wysokiego trójkąta, ze szczytem ku górze. W górnej części przedstawia rana ta wejrzenie takie samo, jak dwie poprzednie; w dolnej zaś, większej części sięga w środku między mięśniami aż do kości, po bokach dno jej stanowią części miękie, (mięśnie), o powierzchni strzępiastej, pokrytej miazgą cuchnącą, zielonawo-szarą. Od tej rany do rany na zewnętrznej powierzchni przedramienia przeprowadzono kilka sączków, podobnież osączkowano głęboko górną część przedramienia powyżej ran i dolną połowę ramienia. Po nacięciu części miękich powyżej ran stwierdza się, że skóra i tkanka podskórna na przedniej powierzchni kończyny górnej są powyżej przegubu łokciowego niezmienione; to samo dotyczy powierzchownych pokładów mięśni. Na tylnej stronie kończyny górnej tkanka podskórna surowiczo obrzękła. Dopiero głębiej, w sąsiedztwie kości, są mięśnie ropą naciekłe, gdzieniegdzie zropiałe zupełnie, a sprawa ta sięga aż powyżej przegubu łokciowego. Stawy kończyny górnej (łokciowy i barkowy) zmian nie okazują.

W narządach wewnętrznych objawy rozpoczynającego się gnicia — można jednak stwierdzić, że śledziona nie jest powiększona; miąższ jej brudno-czerwono, a przy dolnej krawędzi zielonawo zabarwiony, nie okazuje jednak znaczniejszej kruchości.

Dnia 19. VI. zająłem się badaniem bakteryologicznem tego przypadku. Pracując wówczas nad *B. coli com.* chciałem zbadać, czy w danym przypadku odma podskórna nie była przezeń wywołana, jak to opisali Chiari, Margarucci, v. Dungern. Ilość materyału, uzyskanego wtedy, była bardzo nieznaczna, bo po wykonanem poprzedniego dnia nacięciu i wypuszczeniu ropy, z odjętej ręki obumarłej udało się wydobyć (oczywiście w warunkach aseptycznych) zaledwie parę kropel płynu posokowatego, cuchnącego, zawierającego krople tłuszczu. Preparat drobnowidowy z tego materyału okazał, wbrew mojemu oczekiwaniu, obok nici włóknikowych i rozpadających się ciałek ropnych, ziarniaki i prątki długości 2—4 μ., grubości 0·7—0·9 μ., o końcach zaokrąglonych, czasem z prostolinijną jasną smugą w środku, często układające się w gromadki po dwa, silnie zabarwione fuksyną zasadową; znaczna ich część jest opatrzona w zarodniki przeważnie końcowe, eliptyczne, nieco szersze od laseczki samej, nadto nieliczne takie zarodniki są odosobnione. Obraz ten nasunął mi przypuszczenie, że mam do czynienia z prątkami obrzęku złośliwego, postanowiłem więc, o ile się uda, prątki te wyosobnić i dokładnie bakteryologicznie oznaczyć. Jednak mała ilość materyału i domieszka gronkowców białych (takimi okazały się wspomniane ziarniaki) do prątków, z początku utrudniały mi to zadanie. Również nie udało mi się na razie wyosobnić badanego prątka z ropy, zebranej dnia 21. VI. z nacięć i kanałów drenowych na przedramieniu. W preparacie drobnowidowym z tej ropy wysuwały się gronkowce i paciorkowce na pierwszy plan; prątki znajdowały się w bardzo małej ilości, a postaci ze zarodnikami nie było wcale.

Dopiero z ropy, zebranej przy sekcyi dnia 28. VI., udało mi się uzyskać poszukiwane prątki w hodowli czystej; ropa ta, a raczej posoka, zmięszana ze strzępami obumarłej tkanki podskórnej i mięśni rozpadłych, przedstawiała się jako gęsta, silnie cuchnąca, brunatno-zielona ciecz, w której pływały kulki tłuszczu i drobne bańki gazu. Pod drobnowidem przedstawia ona, obok mas rozpadowych, wyżej opisane prątki silnie zabarwione, czasem w gromadkach po dwa do trzech, bardzo liczne postacie ze zarodnikami, przeważnie końcowymi, w rozmaitym stopniu rozwoju, nadto paciorkowce, gronkowce i trzy inne rodzaje laseczek: cienkie i długie, średniej grubości krótkie i krótkie grube laseczki. Postacie zarodnikowe okazują przejście od laseczek z maczugowato zgrubiałym, silniej barwiącym się końcem, do typowych „Trommelschlägerów“, o słabo barwiącej się pierwoszczy laseczki i eliptycznym zarodniku końcowym. Obok nich wyróżniają się odrębnym kształtem postacie szpilkowate (Stecknadelform), przypominające prątki Nicolaiera, o długiej, cienkiej, słabo zabarwionej nici protoplazmatycznej i kulistym zarodniku końcowym, podobnym do główki od szpilki; postacie te opisuje Hibler [25]) i uważa je za charakterystyczne dla beztlenowców, rozwijających się na podłożu wolnem od cukru i gliceryny.

Ten materyał posłużył mi za punkt wyjścia; zrzekłem się badania krwi i narządów wewnętrznych ze względu na czas 26 godzin, który upłynął od śmierci do sekcyi, a który odbierał wszelką wartość możliwym dodatnim wynikom tych poszukiwań. Z płyt żelatynowych, wylanych z tej ropy, wyosobniłem: *Staphylococcus pyogenes γ albus*, *Streptococcus pyogenes*, *Proteus vulgaris Hauser*, *B. coli com.*, i *Bac. fluorescens liquefaciens.* Do wyosobnienia naszego prątka użyłem metody, podanej przez Kitasato do wykrycia i wyosobnienia prątka tężcowego z zanieczyszczonego materyału. Polega ona na ogrzewaniu materyału w wilgotnej parze o 80° C. przez godzinę, przez co bezzarodnikowe postacie zostają zabite, a tylko zarodniki się ostają; ten sam wynik otrzymałem również przez ogrzewanie do 100° C. przez 10 minut. Ogrzaną w ten sposób ropę zaszczepiłem w hodowli tlenowej na agar skośny skrzepły i do bulionu, a w beztlenowej — do używanych w tutejszej pracowni pożywek, tj. do stojącego agaru cukrowego (2%) (t. z. hodowla warstwowa, *Höhenschichtcultur)* i do bulionu cukrowego (2%) z parafiną, według met. Kasparecka. Hodowle tlenowe pozostały zupełnie jałowe, natomiast beztlenowe okazały już po 18 godz. bujny rozrost; 24-godzinne hodowle agarowe okazywały białawą smugę wzdłuż kanału szczepnego, ustającą na 1 ctm. od powierzchni, nadto liczne bańki gazu wzdłuż kanału szczepnego i po ścianach próbówki lub skośnemi szczelinami przerzynające pożywkę, którą następnie rozrywały i częściowo podnosiły. W bulionie po 18 godzinach powstało silne, jednostajne zmącenie, a wytworzone gazy podniosły zatyczkę parafinową aż do watowej; po 48 godz. drobno-kłaczkowata masa biaława bakteryj opadła na dno, zostawiając resztę bulionu zupełnie jasną. W hodowli żelatynowej kłótej rozwój rozpoczyna się na 1 ctm. od powierzchni i odbywa się powoli, tworząc odwrócone drzewko o pierzastych rozgałęzieniach, w którego wnętrzu żelatyna ulega zwolna rozpuszczeniu i wytwarzają się bańki gazu; w żelatynie szczepionej w stanie płynnym, a następnie skrzepłej, rozwijają się na 1 ctm. od powierzchni kuliste, obłoczkowate kolonie, w których zakresie żelatyna zwolna ulega rozpuszczeniu i tworzą się bańki gazu. W mleku (krytem parafiną, podobnie jak bulion według met. Kasparecka) po 5 dniach ścina się ser-

nik w drobnych delikatnych kłaczkach, które następnie nie ulegają peptonizacyi i wytwarzają się gazy. Co do innych cech badanych prątków w tych hodowlach nadmienię jeszcze, że są one żywo ruchliwe i zostają odbarwione met. Grama, natomiast barwią się zapomocą metody Grama, zmodyfikowanej przez Kutschera [30]), choć według własnych doświadczeń muszę uważać tę modyfikacyę w zastósowaniu do prątków obrzęku złośliwego za bardzo niepewną i zawodną. Zarodniki tworzą się tylko i to niestale w agarze cukrowym stojącym po 2—5 dniach, zaś w bulionie cukrowym i w żelatynie cukrowej wcale nie, a to z powodu zawartości cukru, jak to też stwierdzają Ukke [28]) i Hibler [29]). Również godnem jest uwagi, że wyhodowany przezemnie szczep tworzy prawie wyłącznie zarodniki końcowe; środkowych widziałem w licznych moich hodowlach zaledwie dwa egzemplarze. Wreszcie uzyskałem też czyste hodowle z ropy, branej za życia przez to, że w hodowli w bulionie cukrowym z parafiną *Staphylococcus pyogenes* γ *albus*, towarzyszący naszemu prątkowi, po 5 tygodniach obumarł tak, że po przeszczepieniu miałem do czynienia z czystą hodowlą o tych samych co poprzednio własnościach.

(Dokończenie nastąpi).

II. Objawy i rozpoznanie różniczkowe duru brzusznego

Podał
Dr. Walenty Jeż
Asystent c. k. szpitala Wilhelminy w Wiedniu.

Rozpoznanie duru brzusznego, jak zresztą innych chorób, jest bardzo łatwe, albo też prawie niemożliwe. W przypadkach mianowicie typowych, książkowo, że się tak wyrazimy przebiegających, daje się ono postawić z całą nieomylnością, podczas gdy w przypadkach z przebiegiem atypowym, nie przedstawiających zbioru znanych dobrze objawów duru brzusznego, poprzestać musimy na przypuszczeniu, które w przypadkach pomyślnie się kończących, lub też w tych, które drogą obdukcyi nie dały się wyjaśnić, pozostają na zawsze nierozstrzygnięte. A nawet w niewielkiej tylko liczbie przypadków, przebiegających typowo, udaje się nam po jednorazowem badaniu rozpoznanie duru zupełnie pewne postawić; to też i w takich razach zwlekamy ze stanowczem rozstrzygnięciem, nie chcąc wystawić się na następstwa, jakie skutkiem tego nie tylko dla chorego, jego otoczenia, lecz dla samego lekarza wyłonić się mogą. Wspomnę tu tylko o leczeniu dyetetycznem, które w razie nieodpowiedniego polecenia nie rzadko szkodę choremu przynieść może; również odosobnienie chorego, odkażenie mieszkania, zamknięcie przedsiębiorstwa i t. d. są to ważne czynniki, których lekarz nie powinien lekceważyć i lekkomyślnie nie przyprowadzać całej rodziny do ruiny. O następstwach, jakie ze złego rozpoznania choroby lekarz ponosi, wie najlepiej każdy praktyk i codzień może się o tem przekonać, że nawet u ludzi obeznanych, jak się to mówi, z medycyną, nie mówiąc już o laikach w całem słowa tego znaczeniu, po pierwszej wizycie u chorego gorączkującego, u którego bez zastanowienia się rozpoznaliśmy poważną i długą chorobę, a chory na drugi dzień obudził się bez gorączki, spotkamy się zapewne z bilecikiem, w którym za dalszą fatygę i ordynacyę bardzo czułą podziękę znajdujemy. To też w durze brzusznym potrzebną jest nadzwyczaj wielka rozwaga, bo rozpoznanie tej choroby należy do najtrudniejszych i najczęściej tylko przez wykluczenie chorób innych postawić się daje. Dur jest poniekąd zbiorem objawów, cechujących dla tej choroby. Nie znamy bowiem w przebiegu jego żadnego objawu, któryby sam dla siebie był rozstrzygającym i tylko dla niego charakterystycznym. Ani wynik badania moczu lub krwi, ani osutka, ani nawet odczyn Widala nie dają nam same przez się nic rozstrzygającego. Bez wątpienia najpewniejszem byłoby rozpoznanie, gdybyśmy potrafili odróżnić prątek Ebertha, w ten sposób, jak to czynimy w gruźlicy z prątkiem Kocha. Z jednej strony prątek Ebertha aczkolwiek ogólnie uznany za prątek, dur wywołujący, toć jednak ciągle tu i ówdzie dają się słyszeć pewne powątpiewania, tembardziej, że naprzykład Val de Grace, Remlingen i Schneider znajdowali zupełnie typowy prątek durowy u osób, u których dur brzuszny zupełnie był wykluczony, u chorych, dotkniętych innemi cierpieniami (białaczka, gruźlica bez zmian w jelitach, dysenterya, zimnica). Rozstrzygnięcie zaś zapomocą hodowli sztucznych i doświadczeń na zwierzętach, czy w danym przypadku mamy do czynienia z prątkiem Ebertha, czy też z pokrewnymi mu drobnoustrojami, a w szczególności z *bact. coli commune*, należy do rzeczy nadzwyczaj trudnych i tylko w odpowiednio urządzonych pracowniach i przez tęgich bakteryologów rozstrzygnąć się daje, przyczem także zapominać nie należy, że i czas potrzebny do pewnego poznania prątka jest dość długi. To też co dzień prawie spotkać się możemy w piśmiennictwie z nowymi sposobami, które czy to przy pomocy odpowiednio dobranych pożywek, czy przy pomocy odpowiedniego barwienia, mają za cel w krótkim czasie, prostem przeprowadzeniem odróżnić prątki Ebertha od innych mu pokrewnych gatunków.

W styczniu b. r. na posiedzeniu Towarzystwa lekar. w Berlinie podał Dr. Piórkowski nowy sposób, nową pożywkę, przy pomocy której udało mu się w przeciągu krótkiego czasu, bo w 20 godzinach, za pomocą hodowli, prątek Ebertha odróżnić i rozpoznanie duru brzusznego bakteryologicznie stwierdzić*). Piórkowski przygotowuje sobie pożywkę w następujący sposób: mocz o ciężarze gatunkowym mniej więcej 1020 zbiera i pozostawia przez 2—3 dni, aż przybierze oddziaływanie alkaliczne, następnie dodaje do niego $^1/_2\%$ peptonu i $3{\cdot}3\%$ żelatyny, potem gotuje w łaźni wodnej, przesącza, rozlewa do probówek i wyjaławia w parze przy 100 C. przez 15 minut. Na drugi dzień powtarza wyjaławianie tylko raz, by pożywka na krzepliwości nie straciła. Do badania bierze dwa oczka podejrzanego kału dla pierwszego rozcieńczenia, z którego 4 oczka wystarczają od drugiego, ewentualnie 6—8 oczek dla rozcieńczenia trzeciego. Po wylaniu płyt należy je bezwarunkowo postawić w ciepłocie 20—22 C., by prątki durowe typowo rozwinąć się mogły. Już po 20 godzinach przy słabem powiększeniu można było wyraźnie odróżnić kolonie *bact. coli* od kolonii prątka Ebertha. W dwu przypadkach mógł Piórkowski przy pomocy swej metody w krótkim czasie rozpoznanie bakteryologicznie postawić, w jednym przypadku jeszcze w czasie, kiedy próba Widala ujemnie wypadła. Własnych doświadczeń w tym kierunku nie mam, gdyby jednak metoda Piórkowskiego okazała się dobrą, mielibyśmy w ręku bardzo prostą, a ważną dla bakteryologicznego rozpoznania duru brzusznego, metodę, któraby nam pozwoliła w początkowym okresie duru, w którym zazwyczaj próba Widala zawodzi, a pomięszanie rozpo-

*) Patrz *Przegląd lekar.* Nr. 12. b. r.

znawcze naprzykład z grypą tak łatwe, dur brzuszny pewnie rozpoznać. Metoda Piórkowskiego powinna być wypróbowana tembardziej, że wykonanie jej jest nadzwyczaj proste, dla chorego nie połączone z żadnemi niebezpieczeństwami, jak n. p. nie potrzebujemy się uciekać do nakłócia śledziony, który to zabieg sam dla siebie jest niebezpiecznym, o ile że przy jego wykonaniu spostrzegano wypadki pęknięcia śledziony, krwotok i bezpośrednio zgon. Z innych metod, starających się wyróżnić hodowle prątka durowego wspomnieć, wypada metodę Elsnera, hodowanie na pożywce z dodatkiem 1% jodu, która w ciągu 48 godzin może w pewnych wypadkach dać rozstrzygające rozpoznanie. Prócz kału, krwi z śledziony, gdzie najczęściej znachodzono prątki durowe i które następnie zostają hodowlą stwierdzone, używa się do wyszukania prątka krwi z osutki, w której, według niektórych autorów, zawsze można prątek ten znaleść, jeżeli się taką krew w ciepłocie 37·5° przez dłuższy czas pozostawi, wreszcie mocz i to, według badań Levyego i Gisslera: mocz zawierający białko, zawsze cechują się znaczną zawartością prątków Ebertha.

Pozostawiając na sam koniec omówienie wartości odczynu Widala, widzimy z tego krótkiego zestawienia, że rozpoznanie bakteryologiczne duru brzusznego napotyka na bardzo znaczne trudności, że nie zawsze ono wykonać się daje i dla tego też w rozpoznaniu tej choroby uciekać się musimy do wskazówek klinicznych, do obserwacyi przypadku chorobowego i na tej drodze dojść do pewnego rozpoznania. Droga to najpewniejsza i najprędzej prowadząca do celu, a dla lekarzy praktycznych jedyna. Nie powinniśmy zapominać, że jeszcze w tak nowej gałęzi medycyny, jak bakteryologia, dużo rzeczy pozostaje do rozstrzygnięcia i że zgubną jest wprost rzeczą opierać się li tylko na badaniach bakteryologicznych. Badania te są nam tylko pomocnicze do wskazówek klinicznych, stanowią jeden więcej objaw, który w pewnych razach ostatecznie rozstrzygnąć może.

Obraz kliniczny duru brzusznego jest nadzwyczaj rozmaity; zacząwszy od przypadków poronnych, które usuwają się z pod naszego rozpoznania i tylko przypadkowo, skutkiem nagłego zejścia śmiertelnego i wyniku przeprowadzonej sekcy, jako dur brzuszny po śmierci są rozpoznane, aż do przypadków nadzwyczaj ciężkich, dla których niewątpliwie nazwa „dur" („odurzenie") całkiem dobrze jest dobrana, znajdujemy wszelkie możliwe przejścia. Odpowiednio temu zachowują się też i objawy chorobowe, które są zupełnie nie stałe.

Zazwyczaj już w wywiadach znajdziemy pewne wskazówki, które za durem brzusznym przemawiać by mogły. I tak pamiętać należy, że wśród grasowania epidemii duru brzusznego, przypadki podejrzane za takowe uważać będziemy; dalej, początek choroby jest zazwyczaj powolny, połączony z niewielkiemi dolegliwościami, raczej chorzy skarżą się na ogólne osłabienie i nieswojskość. Również często spotkać się możemy w tym okresie duru brzusznego z krwotokami nosowymi.

Z objawów, cechujących dla duru brzusznego, pierwsze miejsce zajmuje przebieg gorączki. Wzniesienie się ciepłoty ciała poprzedzać mogą dreszcze, co jednak do reguły nie należy. W rzadkich tylko przypadkach nie spotykamy gorączki (*typhus afebrilis*) tak, że brak gorączki poniekąd wyklucza dur brzuszny. Mówię tylko poniekąd, chcąc zwrócić uwagę na istnienie przypadków duru brzusznego bez gorączki, które zostały opisane przez Gerharda, a i ja je miałem sposobność widzieć; zauważyć zresztą należy, że inne objawy duru wybitnie zazwyczaj występują. Krzywe gorączki duru brzusznego przedstawiają, jak Jaccoud powiada: „semblable aux trois cotés supérieurs d'un trapèze": w pierwszym tygodniu choroby mamy schodkowate wznoszenie się ciepłoty ciała, w dwu zaś następnych tygodniach gorączka przybiera cechę gorączki stałej z niewielkiemi porannemi zwolnieniami; trzeci zaś okres choroby, a więc tydzień czwarty, prawidłowo przebiegającego duru brzusznego cechuje się mocno zwalniającym lub przepuszczającym torem gorączkowym. Taki typ gorączkowy spotyka się w przeważnej liczbie przypadków duru brzusznego, mniej więcej prawidłowo przebiegającego, jednak przypadki, w których nie tylko przebieg gorączki, ale co jeszcze częściej się zdarza, i pojedyncze jej okresy, co do czasu, okazują nadzwyczajną różnorodność, nie należą do rzadkości, choć tor ten gorączki, nawet w nieprawidłowo przebiegających przypadkach, pochwycić się daje. Wyjątkowo tylko przybiera gorączka w pierwszych 3—4 dniach nasilenie, dochodzące do 39--40° C. tak, że u chorych, u których w pierwszych dniach choroby stwierdzamy 39—40°, dur brzuszny wykluczyć możemy, gdyż zwykle nie zaczyna się on wysokiemi gorączkami.

W okresie trzecim choroby, a więc w czasie opadania ciepłoty ciała, zdarzyć się mogą wysokie stopnie gorączki, dochodzące do 40—41° C, co odnieść należy do prawidłowego przebiegu gorączki durowej, a nie zaś składać na karb powikłania lub nawrotu choroby. Przebieg gorączki durowej jest dla lekarza rzeczą bardzo ważną i celem poznania toru gorączkowego mierzyć należy najmniej trzy razy dziennie ciepłotę ciała.

Nie mniej ważną rolę w rozpoznaniu duru brzusznego odgrywa zachowanie się właściwości tętna, a liczenie się z tym objawem oddaje nam bardzo ważne usługi nie tylko w rozpoznaniu, ale i w rokowaniu. Jak we wszystkich chorobach gorączkowych, tak też i w durze brzusznym znajdujemy tętno przyspieszone. Przyspieszenie to nigdy prawie nie jest tak znaczne, jakby temu odpowiadała zwiększona ciepłota ciała, tak, że śmiało powiedziećby można, że między liczbą tętna, a ciepłotą ciała nie znachodzimy wzajemnego stosunku. Tak n. p. 80—90 uderzeń na minutę przy wysokiej ciepłocie ciała (39—40°) należą do reguły, przyczem nadmienić wypada, że podobne zwolnienie tętna chyba że tylko w przebiegu zapalenia opon mózgowych spostrzegać można, co już samo przez się stanowi bardzo ważny różniczkowy objaw dla tych chorób, biorąc na uwagę czas i sposób, w jakich zwolnienie tętna w zapaleniu opon mózgowych występuje. Przy uwzględnieniu zachowania się ilości tętna zwrócić należy uwagę i na zachowanie się mięśnia sercowego, którego osłabienie powodować musi zwiększenie liczby tętna; zwolnienie tętna występuje mniej wyraźnie u dzieci, osób osłabionych i starych.

Drugą właściwością tętna, która w przebiegu duru brzusznego się spotyka, jest dwubitność. Już wcześnie, bo w pierwszych kilku dniach, tętno, które było silne i oporne, staje się małe i miękie; coraz bardziej utraca rytm regularny i powstaje wreszcie tętno dwubitne, które nie tylko graficznie wykazać łatwo, ale także przy badaniu bardzo dobrze wyczuć możemy. Tętno dwubitne nie jest objawem tylko w przebiegu duru brzusznego spostrzeganym; pojawia się ono i w innych chorobach gorączkowych, nigdy jednak tak często i tak wybitnie, jak w durze brzusznym. Względne zwolnienia tętna, obok bardzo wybitnej i wcześnie występującej jego dwubitności należą do charakterystycznych cech duru brzusznego. Ten stan tętna niewątpliwie jest wynikiem działania prątków duru brzusznego, a względnie ich jadu, które z jednej strony stanowią bodziec hamujący czynności ośrodków przyspieszających tętno, z drugiej zaś przez porażenie nerwów naczynioruchowych powodują wiotkość ścian naczyń, miękość i dwubitność tętna.

Dalszym, dość stałym objawem duru brzusznego jest powiększenie śledziony, które w 90% przypadków znajdujemy, a Taupein n. p. u 121 dzieci, durem dotkniętych, znalazł je 109 razy. Śledziona zaczyna już obrzmiewać w pierwszym tygodniu choroby tak, że przy końcu

pierwszego, lub też początku drugiego tygodnia, prawie zawsze powiększenie śledziony wybadać możemy. W drugim tygodniu obrzęk śledziony jest największy; w tygodniu trzecim, a jeszcze wybitniej w tygodniu czwartym, śledziona wraca do prawidłowego stanu. Tam, gdzie obrzęk śledziony długi czas się utrzymuje, jest to dla nas pewna wskazówka, że przypadek spostrzegany będzie się przeciągać i jak długo śledziona jest powiększona, tak długo sprawa chorobowa w ustroju się toczy, a Gerhard wykazał, że istnienie powiększenia śledziony w okresie bezgorączkowym wskazuje niewątpliwie na nawrót. Widzimy ztąd, jak wielkiej dla nas wagi jest stwierdzenie obrzęku śledziony i codzienne jej kontrolowanie. Przy badaniu śledziony nie należy zadowolnić się samym tylko wypukiem, który sam dla siebie nie pozwala nam ocenić, czy mamy powiększenie śledziony, lub nie. Dla pewnego rozpoznania obrzęku musimy śledzionę wyczuć. W tym celu kładziemy lekko rękę prawą w lewe podżebrze, każemy głęboko oddychać i uważamy, czy na szczycie wdechu nie uderza o nasze palce jakieś ciało, mogące odpowiadać śledzionie. Przy takiem badaniu unikać powinniśmy silnego ucisku, jako też uważać, by ręka badająca nie była zimną. W ten sposób uda się nam prawie zawsze wykazać powiększenie śledziony; w przypadkach silnego wzdęcia brzucha, zrostów około śledziony, nie da się czasem ani wypukiem, ani też obmacaniem granic jej oznaczyć. Śledziona powiększona wyczuwa się, jako narząd zbitości miękkiej, o brzegu okrągłym, nieco przy dotyku bolesnym. Znaczna bolesność śledziony wskazuje na obecność zawałów krwotocznych, lub też ropni. Od czego właściwie zależy obrzęk śledziony w durze brzusznym, do dziś dnia ostatecznie nie jest rozstrzygnięte. Zważając jednak, że w śledzionie zawsze znajdowano prątki Ebertha, jak również, że punkcya śledziony prawie zawsze dodatnio pod tym względem wypadała, przyjąć możemy, że powiększenie śledziony stoi w ścisłym związku z prątkiem Ebertha i może być tak dobrze wynikiem mechanicznego nagromadzenia się większej ilości prątków, jako też i wynikiem działania jadu durowego.

W przebiegu duru brzusznego występują na skórze bardzo ważne zmiany, które dla duru stanowią bardzo ważny objaw, zmiany, pojawiające się nad postacią tak zwanej różyczki durowej *(roseola typhosa, tache rosée lenticulaire)*. Różyczka pojawia się w końcu pierwszego lub w początku drugiego tygodnia, rzadziej widzieć ją możemy wcześniej, 5 lub 3 dnia choroby. Występuje ona w postaci małych, okrągłych, ostro odgraniczonych plam, wielkości główki od szpilki lub wielkości soczewicy. Plamy te są nieco wyniosłe ponad powierzchnię skóry, przy ucisku w każdym okresie bledną i znikają, a po ustąpieniu ucisku znowu występują. Posuwając lekko palcem po skórze, czujemy różyczkę jako coś wyniosłego, co nam w drodze pod palcami zawadza. Plamy te są zazwyczaj odosobnione, rzadko tylko zlewają się po 2 lub 3 razem. Różyczka pojawia się najpierw na piersiach, brzuchu i tułowiu, choć i inne części ciała mogą być przez różyczkę zajęte. Twarz prawie, że z reguły jest od niej wolną. Różyczka durowa pojawia się zazwyczaj w bardzo skąpej ilości; trwa krótki czas 3—5 dni, poczem znika, a na jej miejsce pojawić się może nowa. W okresie bezgorączkowym różyczka nie pojawia się, a przeciąg czasu, w którym różyczka występuje, wynosić może mniej więcej do dwu i trzech tygodni. Różyczka durowa jest bardzo ważnym znakiem rozpoznawczym dla duru brzusznego i brak takowej przemawia prawie zawsze przeciw durowi, przynajmniej przypadki bez różyczki należą do nadzwyczaj rzadkich. Różyczka znika, jak to wyżej powiedzieliśmy, po 3—5 dniach, nie pozostawiając po sobie żadnych śladów. Uwzględniwszy czas, w którym najpierw różyczka występuje, dalej jej prawie dla duru brzusznego cechujące i swoiste własności, dalej czas trwania i ustępowania, obok pojawiania się nowych plam, sądzimy, że jest ona dla duru brzusznego stanowczo najstalszym objawem, bez którego rozpoznanie duru będzie co najmniej wątpliwe.

Podobnie jak w innych chorobach gorączkowych, tak też i w durze brzusznym ilość dzienna moczu jest mała, 800—600 ctm.^{3}, a nawet mniej, szczególnie w czasie, gdy wystąpi silne rozwolnienie. Oliguria ta utrzymuje się przez cały okres gorączkowy duru, w 4 tygodniu ustępuje miejsca polyurii, przyczem ilość dzienna moczu wynosić może 5—6 litrów. Często pojawia się w moczu białko, którego ilość jest nieznaczna, wyjąwszy przypadki, które pod postacią tak zw. „nephrotyphus“ przebiegają, gdzie już od samego początku ilość białka w moczu jest bardzo znaczna, i takowy zawiera składniki, cechujące zapalenie nerek (wałeczki, przybłonki, krew), obok zmiennej ilości bakteryj durowych. W ciągu kilku lat i całego szeregu doświadczeń przekonać się mogłem, że mocz durowy posiada tę własność, że za dodaniem odczynnika Friedenwald-Ehrlicha przybiera purpurowo-czerwone zabarwienie, czyli że w moczu durowym występuje odczyn dwuazotowy *(Diazoreaktion)*. Odczynnik Friedenwald-Ehrlicha składa się z następujących dwu odczynników, które trzeba mieć w zapasie: 1) Rp.: *Paramidoacetophenon 1,0. Acidi hydrochl. concent. 50.0, Aquae destil. 1000,0*; 2) *Natrii nitrosi 0,5. Aqu. destil. 100.0.* Dwa te roztwory przechować należy w ciemnem miejscu i utrzymywać w dobrym stanie 2—3 miesięcy. 40 części roztworu pierwszego + jedna część roztworu drugiego, daje gotowy odczynnik. Odczynnik ten trzeba zawsze świeżo przygotowywać. Próbę wykonujemy w ten sposób, że do równych części odczynnika i moczu dodajemy w nadmiarze amoniaku; zatkawszy palcem próbówkę, wstrząsamy kilkakrotnie, przyczem wytwarza się piana. Za dodatnią uważamy próbę wtedy, gdy nietylko mięszanina, ale, co ważniejsza, i piana przybrała barwę purpurowo-czerwoną, utrzymującą się przez kilka minut. Odczyn dwuazotowy występuje stale w durze brzusznym, począwszy od 4 go do 7-go dnia choroby. Nie zależy on od gorączki, gdyż i w durze brzusznym bezgorączkowym mógł go Gerhard stwierdzić. U kobiet występuje on daleko wybitniej, aniżeli u mężczyzn. Jeżeli w przebiegu duru przystąpi jakie powikłanie (zapalenie płuc itd.), to odczyn dwuazotowy znika. Nawroty w durze dają jeszcze wyraźniejszy odczyn. Jeżeli w chorobie gorączkowej przez kilka dni stale odczynu diazowego w moczu nie znajdujemy, to możemy dur brzuszny wykluczyć. Dodatni wynik odczynu utraca dużo na swej różniczkowej wartości, gdyż w chorobach, które z durem najłatwiej pomięszane być mogą, jak zapalenie opon mózgowych gruźlicze, gruźlica prosówkowa, dur osutkowy, płonica, odra, a także i grypa, mocz również daje bardzo wybitny odczyn dwuazotowy. Natomiast w przypadkach, w których rozpoznanie waha się między ostrym nieżytem żołądkowo-jelitowym, zimnicą, a durem brzusznym, dodatni wynik odczynu przemawia zawsze za durem brzusznym. Odczyn dwuazotowy w durze związany jest ściśle z wytworami wydzielniczymi bakteryj durowych, z ich jadami, które w ustroju ulegają nadto pewnej przemianie, przyczem i swoiste wytwory rozkładu białka ustroju w grę wchodzą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O wrzekomem porażeniu opuszkowem u dzieci.

Podał
Dr. Henryk Halban
Asystent kliniki.

(Według wykładu wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. psych. i neur. w Wiedniu, w lipcu 1899 r.).

(Dokończenie).

Wymawianie pojedynczych zgłosek w uniesieniu u ludzi zupełnie bezmownych (cierpiących na afazyę) jest objawem już

nieraz stwierdzonym. Kussmaul tłómaczy ten objaw w sposób następujący: „Ponieważ pobudzenie, płynące ze wzruszenia, jest daleko silniejsze od towarzyszącego spokojnemu myśleniu i ponieważ rozprzestrzenia się na daleko rozleglejsze dziedziny układu nerwowego, przeto rozumie się, że można utracić zdolność wysławiania myśli, lub dobywania słowa wyłącznie jako takiego, gdy tymczasem trwać może mowa afektu, lub też zdolność wydobywania słów cechy wykrzyknikowej. Ostatnia pozostaje do pewnego stopnia niezależną od pierwszej“. Zajmujące spostrzeżenia tego rodzaju opisali naprzód Hughlings Jackson, a po nim Broca, Trousseau, Gairdner, Broadbent[1]), Oppenheim i inni.

Na szczególną uwagę zasługuje w naszym przypadku ta okoliczność, że dziecko nawet nie spróbowało mówić. Zdarza się to w przypadkach porażeń opuszkowych i to w ostatnim okresie, jak n. p. w przypadkach, opisanych przez Karplusa, że chorzy wcale nie mówią, jednakże z łatwością można ich nakłonić do spróbowania wypowiedzenia słów pojedynczych, przyczem przychodzi jednak tylko do bezdźwięcznych wydechów. Różnicę tę możemy wytłómaczyć jedynie wiekiem, w którym porażenie powstało. W naszym przypadku wrzekomego porażenia opuszkowego wieku dziecięcego chora albo urodziła się już z porażeniami, albo powstały one w pierwszych tygodniach jej życia. Skłonność, popęd do mówienia z góry więc były osłabione wskutek przeszkody ruchowej i można przypuścić, że dziecko zaniechało bezskutecznych prób, jeżeli je wogóle kiedy podejmowało. Inaczej ma się rzecz u dorosłego, który choć już wcale nie jest w stanie mówić, obeznany dobrze z ruchami, potrzebnymi do mówienia, nigdy już ich nie zapomina. Potwierdzenie tego przypuszczenia, jakkolwiek nieznaczne, mamy, zdaje się nam, w przypadku Uchermanna, gdzie 19-letni mężczyzna wymawiał przed przyjęciem do zakładu dla głuchoniemych jedynie „ja“ i „nein“, po dwóch latach mozolnej nauki wzbogacił o wiele swój zasób słów. Ten pomyślny wynik był przyczyną, żeśmy oddali naszą chorą do podobnego zakładu. Rozwój umysłowy, który stanowi pierwszy warunek powstania mowy, jest w naszym przypadku, jak wspomnieliśmy, jeśli nie zupełnie prawidłowy, to w każdym razie nie jest on o tyle upośledzony, abyśmy go mogli uważać za powód afazyi.

Chora nauczyła się pisać bez trudności; gdy się jej dyktuje, pisze dość dobrze i odpowiada pisemnie na każde, naturalnie łatwiejsze pytanie.

Co do stanu umysłowego tej chorej, to należy nadmienić, że podczas badania spokojnie się zachowuje, zdradza odpowiednią swemu wiekowi inteligencyę i spełnia wszelkie polecenia, z wyjątkiem wchodzących w zakres ruchowych nerwów mózgowych. Zwraca jednak naszą uwagę niedowierzający i bojaźliwy wzrok tego dziecka. Wogóle zaś zachowuje się często niegrzecznie wobec posługaczek i innych chorych, jest upartą, bardzo drażliwą, złośliwą, bije starsze towarzyszki, które się w łóżku poruszyć nie mogą; jest podstępną i nieraz już przywłaszczała sobie nie dość dobrze strzeżone pieniądze i łakocie. Zgodnie z Treitlem[2]) uważamy upór i popędliwość chorej nie jako objaw umysłowego zaburzenia, albowiem brak mowy sam przez się wystarcza do wywołania zmian w usposobieniu, jakto zresztą nieraz widzimy u głuchoniemych. Miarodajne dla oceny postępów w nauce naszej chorej są bez wątpienia jej świadectwa szkolne (kazaliśmy je sobie przedłożyć, nie ufając podaniom rodziców, wychwalających zanadto jej inteligencyę) — które, jeśli nie są celujące, to przynajmniej wykazują, że dziecko poza innemi w tyle nie pozostało.

Od przyjęcia chorej do kliniki napady padaczkowe częściej się powtarzają, a mianowicie 3—4 razy na tydzień; trwają one $1^1/_2$—2 minut. O ile przez wypytywanie stwierdzić można, chora zawsze przed napadem doznaje zboczenia czucia w lewej kończynie górnej; posługaczki i inne chore spostrzegły, że dziecko to tuż przed napadem chwyta prawą ręką za lewą i stara się zbliżyć do łóżka swego. Zawsze przed napadem chora wydaje nieartykułowane głoski „hm, hm“. Zapytana, dlaczego to czyni, podaje, że stara się zwrócić na siebie uwagę, rękę zaś dla tego chwyta, bo czuje w niej ból. Czasami zdarza się, że chora już do łóżka dojść nie może, a wtedy upada na ziemię, dostaje tężcowo-drgawkowych (toniczno-klonicznych) kurczów wszystkich czterech kończyn i twarzy, silniejszych po lewej jej stronie; przytem zwraca głowę na lewo. Po napadach dziecko to jest zwyczajnie bardzo znużone i osłabione przez $^1/_4$—$^1/_2$ godz. i dobrowolnie pozostaje w łóżku. Ugryzienia języka nigdy nie stwierdzono.

Wywiady w naszym przypadku, z których wynika, że dziecko zaraz po urodzeniu wydawało się rodzicom nieprawidłowe, wystarczają do przypuszczenia, że uszkodzenie dotknęło mózg przed urodzeniem, a zatem, że mamy do czynienia z przypadkiem wrodzonym. Prawdopodobnie nie jest to postać dziecięcego porażenia mózgowego, powstała podczas porodu, gdyż poród nie był przedwczesny, a dziecko zaraz po urodzeniu już zachowywało się nieprawidłowo. Powodu tego uszkodzenia wewnątrzmacicznego znaleźć w tym przypadku nie możemy. Najczęstsze czynniki przyczynowe mogliśmy wykluczyć; obciążenia dziedzicznego nie było, podczas ciąży matka nie doznawała żadnych wstrząśnień umysłowych, ani urazów cielesnych, nie przechodziła również żadnych chorób; do pijaństwa rodzice nie przyznają się, również jak i do kiły, na podstawie czego oczywiście tej choroby jeszcze zupełnie wykluczyć nie możemy. Przy mózgowych porażeniach u dzieci nie możemy się spodziewać, abyśmy z klinicznych objawów mogli oznaczyć czas powstania choroby. Większa część autorów (Freud, Sach i inni) zgodnie podaje, że przypadki pochodzenia wewnątrzmacicznego prawie wszystkie wykazują uszkodzenia obu półkul mózgowych, co i w naszym przypadku przypuszczamy.

Co się zaś tyczy anatomii patologicznej wrzekomego porażenia opuszkowego u dzieci, to zapewne zmiany nie wiele się różnią od tych, jakie znajdujemy w przypadkach wrodzonych porażeń obustronnych, a polegają one po większej części na brakach w korze mózgowej, albo na niedorozwoju większych części obu półkul mózgowych. Za tem przemawia też jedyny wywód oględzin, podany przez Oppenheima, który w lewej półkuli znalazł braki w korze, połączone z niedorozwojem, a na prawej wyłącznie niedorozwój. Protokół sekcyjny brzmi: „Znajdujemy zagłębienie w środkowej części lewego rowka Rolanda; ztąd można zgłębnikiem dostać się aż do komory bocznej. Sam rowek zaś jest pogłębiony i rozszerzony; otaczające go zakręty zbiegają się ku niemu

[1]) podług Kussmaula.
[2]) Treitel str. 642.

promienisto. Przedewszystkiem zaś powierzchnia zakrętów samych jest zmieniona. Są one lekko pomarszczone i karbowane, jakby wysadzone listwami równoległemi, gęsto obok siebie leżącemi tak, że widok ich przypomina powierzchnię robaka móżdżkowego. Niedorozwój ogarnął zakręty środkowe, względnie zakręty przy rowku Rolanda na całym obszarze, a tylko najwyżej położona część ma wejrzenie prawidłowe; zraz ciemieniowy dolny i najdalej w tyle się znajdujący odcinek trzeciego zakrętu czołowego jest również zmieniony. Po stronie prawej zmienioną jest dolna część zakrętu środkowego i cała okolica rowka Sylwiusza, a mianowicie tylne części 2 i 3go zakrętu czołowego, górny zakręt skroniowy i część przylegającego zrazu ciemieniowego dolnego. Istota rdzeniowa na przekroju zwężona, szczególnie wypustki, wchodzące w korę, także spoidło największe było zanikłe.

W odnogach mózgowych, w moście i w rdzeniu przedłużonym nie ma nic nieprawidłowego; za to rdzeń pacierzowy o tyle jest nieumiarowy, że powrózek boczny po stronie prawej o wiele jest węższy, aniżeli po lewej".

Kliniczne różnice, zachodzące między przypadkiem naszym a Oppenheima, nie zmuszają nas do przypuszczenia wielkich różnic w obrazie anatomicznym.

Piśmiennictwo.

Freud, Die infantile Cerebrallähmung. Wien 1897. Freud, Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters. Wien 1893. Freud, Ueber familiäre Formen von cerebralen Diplegien. Neurologisches Centralblatt. 1893, Nr. 15 und 16. Higier, Ueber die seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten. Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten. 1896, IX. Hughlings Jackson, London Hospital Reports for 1864. Cit. podł. Kussmaula. Karplus, Zwei Fälle von Pseudobulbärparalyse. Arbeiten aus dem Institut für Anatomie und Physiologie des Centralnervensystems. Herausgegeben von Prof. Obersteiner. 1896, Heft 4. W. König, Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen nebst einigen Bemerkungen über die bei den letzteren zu beobachtenden Formen von Pseudobulbärparalyse. (Nach einem in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 8. Juli 1895 gehaltenen Vortrage). Zeitschrift für klinische Medicin. Berlin 1896. Bd. XXX, pag. 284. W. König, Cerebrale Diplegie der Kinder, Friedreich'sche Krankheit und multiple Sklerose. Berliner klinische Wochenschrift. 1895, Nr. 33. Ref. w: Neurologisches Centralblatt. 1896, Nr. 12. Kussmaul, Die Störungen der Sprache. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Herausgegeben von Prof. v. Ziemssen. Leipzig 1874. Bd. XII, Heft 1. Little, On the influence of abnormal parturition . . . Transactions London Obstetrical Society 1862. przyt. wedł. Freuda. Naef, Die spastische Spinalparalyse in Kindesalter. Dissertation. Zürich 1885. Oppenheim, Ueber Mikrogyrie und die infantile Form der cerebralen Glossopharyngolabialparalyse. Vortrag, gehalten in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 12 Januar 1895. Ref. w: Neurologisches Centralblatt. 1895, Nr. 3. Oppenheim, Ueber zwei Fälle von Diplegia spastica cerebralis oder doppelseitiger Athetose. Berliner klinische Wochenschrift. 1895, Nr. 34. Osler, The cerebral palsies of children. Medical news. 1888, Nr 2—5. Pelizaeus, Ueber eine eigenthümliche Form spastischer Lähmung mit Cerebralerscheinungen auf hereditärer Grundlage. Archiv für Psychiatrie. 1885, XVI. Sachs, Hirnlähmung der Kinder. Volkmann's Vorträge. 1892, Nr. 46 und 47. Sachs, Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters. Deutsch, Dr. Onuf-Onufrowicz 1897. Treitel, Ueber Aphasie im Kindesalter. Sammlung klinischer Vorträge vom Volkmann. Neue Folge. 1890—1894. Nr. 64, 4. Heft der dritten Serie. Uchermann, Drei Fälle von Stummheit ohne Taubheit. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. 1891, Bd. XXI. Unger, Ueber multiple inselförmige Sklerose des Centralnervensystems im Kindesalter. Wien 1887. Waldenburg, Ein Fall von angeborener Aphasie. Berliner klinische Wochenschrift. 1873, Nr. 1. Wilde, przytocz. według Treitla.

IV. Wyciągi.

Vincent. **Badania bakteryologiczne zapaleń gardła, znamionujących się obecnością prątków wrzecionowatych.** *(Angine a bacilles fusiformes). (Annales de l'Institut Pasteur* 1899 Nr. 8). Praca ta jest zaokrągleniem badań V. nad pewnemi postaciami błonicowatych i wrzodliwych zapaleń gardła (i jamy ustnej), które V. dawniej już częściowo ogłosił w „Société des Hôpitaux" [1]), a które wkrótce potem liczni badacze w całej ich rozciągłości potwierdzili [2]). Ze względu na to, że sam V., jak i inni badacze, stawiają opisaną przez niego postać zapaleń gardła pod względem klinicznym dość blisko prawdziwej błonicy, a w jednym prawie rzędzie z (innemi etyologicznie) postaciami zapaleń rzekomobłoniczych czyli błonicowatych, godzi się streścić dokładniej obecne zapatrywania V., uzupełnione dalszem jego doświadczeniem klinicznem i bakteryologicznem. Okazało się mianowicie, że postać zapaleń gardła, opisywana przez V., i klinicznie dość znamienna na to, aby stanowić odrębną jednostkę chorobową, posiada dwie odmiany, z początku przebiegające jednakowo, lecz różniące się dalszym przebiegiem, odmiany, które także i pod względem bakteryologicznym dadzą się od siebie oddzielić. Z początkiem choroby pojawia się na migdałku błona rzekoma, cienka, biaława lub żółtawa, dająca się łatwo zetrzeć, lecz odnawiająca się potem nazajutrz; powierzchnia błony śluzowej po zdjęciu nalotu jest lekko nadżarta. Około 3—4 dnia choroby staje się ten nalot grubszym, lecz większym i od tej chwili właśnie może przebieg choroby przedstawiać jedną z dwu wyżej wspomnianych odmian. Rzadszą odmianą przebiegu jest tzw. postać błonicowata *(diphteroïde)*, w której nalot jest zbitszy i leży na płytkiem owrzodzeniu, od którego łatwo samoistnie się odrywa, ulegając wykrztuszeniu lub połknięciu, poczem znów wytwarza się nowy nalot, coraz stopniowo cieńszy i wreszcie zupełnie znikający. Gorączka w tej odmianie jest niewysoka, trwa 2—3 dni; gruczoły podszczękowe brzękną. Druga, znacznie częstszą odmianą, jest tzw. postać wrzodliwa, rozwijająca się z błonicowatej *(forme ulcéro — membraneuse)*. W postaci tej wcześnie już powstaje pod nalotem rodzaj wrzodu, mniej lub więcej głębokiego i łatwo bardzo broczącego. Sam nalot jest miękki, szarawy lub szarawożółty, silnie cuchnący. Sąsiednia błona śluzowa gardła jest obrzękła, zaczerwieniona, przyczem istnieje, zwłaszcza z początku choroby, wielka trudność połykania. Naloty mogą zajmować języczek i drugi migdałek. Obrzęk gruczołów podszczękowych bywa nieraz bardzo znaczny. Gorączka nie przekracza 38—39° C., trwa dni kilka, a przez ten czas chorzy skarżą się na ogólne osłabienie, brak apetytu i t. d. Około 8—10 dnia migdałek się oczyszcza, a owrzodzenie zabliźnia, co można poprzeć stosownem leczeniem miejscowem; niekiedy jednak sprawa się przedłuża tygodniami, przyczem zwykle niema gorączki. V. spostrzegał obie postacie choroby tylko u dorosłych; jednakże opisano także liczne jej przypadki u dzieci, u których przebieg może być nawet bardzo ciężki; u dorosłych rokowanie jest zawsze dobre. Rozpoznanie opiera się wyłącznie na badaniu mikroskopowem. Bakteryologicznie różni się forma błonicowata od wrzodliwej obecnością samych tylko prątków wrzecionowatych; w formie wrzodliwej oprócz nich występują jeszcze krętki (spirylle). Prątki wrzecionowate mierzą zwykle 10—12 μ. długości, bywają jednak i dłuższe, lub przeciwnie krótsze, mają postać bardzo charakterystyczną, gdyż są w środku grubsze, a ku końcom coraz cieńsze, i leżą w nalotach zwykle rozrzucone pojedynczo. Dość często spotyka się formy inwolucyjne, tj. prątki, barwiące się niejednostajnie, zawierające jasne przestrzenie (nie będące jednak zarodnikami). Do barwienia nadają się najlepiej barwiki anilinowe; V. zaleca szczególniej karbolową tioninę lub karbolową fuchsynę Ziehla, rozcieńczoną; nie barwią się prątki wrzecionowate wcale sposobem Grama. Najłatwiej wykazać prątki wrzecionowate w począt-

[1]) Obacz referenta »Listy z Paryża« Przegl. lek. 1898 Nr. 25.

[2]) np. Abel (por. sprawozd. w Przegl. lek. 1898, Nr. 41 str. 505). Bernheim, Lemoine, Stoecklin, Rispal, Nicolle, Lichtwitz i t. d. U nas zajął się tą sprawą Raczyński (»Przegl. lek.« 1898 str. 563 i 580), w którego pracy jest wyczerpująco zestawione odnośne piśmiennictwo i zebrane własne doświadczenia. P. spr.

kach choroby, wówczas bowiem znajdują się one w nalotach najobficiej, później zagłuszają je nieco rozmaite inne bakterye, bujające na powierzchni nalotów, jednak i wówczas w głębi nalotów można znaleźć prątki Vincenta w znacznej ilości. Wyhodować prątków tych na pożywkach dotąd nie zdołano. Krętki, występujące w wrzodliwej odmianie choroby obok prątków, barwią się wogóle gorzej, nie barwią się również sposobem Grama; posiadają one własne ruchy, a znajdują się obficiej na powierzchni, niż w głębi nalotów. Nie dają się one wyhodować, ale zdają się być zbliżone do krętków, żyjących u ludzi zdrowych w ślinie i osadzie zębowym. Również i prątki wrzecionowate są, jak się zdaje, prawie stałym mieszkańcem jamy ustnej, nabierającym dopiero w pewnych szczególnych warunkach własności chorobotwórczych. Na 18 zdrowych osobników znalazł je V. w jamie ustnej u 14, wprawdzie w skąpej ilości; podobnież zdarzają się one także, choć zrzadka, w nalotach błoniczych prawdziwych wśród prątków błoniczych. Jako chorobotwórcze znalazł je V. dotąd w 3 przypadkach odmiany błonicowatej i w połączeniu z krętkami w 15 przyp. odmiany wrzodliwej zapalenia gardła. — Być może, że odgrywają one niejaką rolę także w pewnych przypadkach ropienia w sąsiedztwie jamy ustnej. (Lichtwitz i Sabrazès znaleźli obficie prątki te w otoku jamy Highmora).

V. opisuje szczegółowo rozmieszczenie prątków wrzecionowatych wśród nalotów, powstających w zapaleniu błonicowatem gardła; z opisu tego najważniejszym szczegółem jest to, że prątki leżą, jako gęsty pokład, w środkowej warstwie nalotu, zaś w warstwie powierzchownej i głębokiej znajdują się w małej liczbie.

W końcu zwraca V. uwagę na podobieństwo bakteryologiczne i kliniczne między opisanemi przez siebie błonicowatemi zapaleniami gardła, a opracowaną już dawniej przez siebie zgorzelą szpitalną [1]); czy obie te sprawy wywołuje jeden i tensam gatunek prątków, V. nie rozstrzyga, zaznaczając tylko, że bakterye chorobotwórcze obu tych chorób zdają się być sobie bardzo blisko pokrewne.

Doc. Ciechanowski.

Malvoz: **O obecności swoistych substancyj zlepiających (aglutyninów) w hodowlach drobnoustrojów.** *(Annales de l'Inst. Pasteur.* 1899. Nr. 8). Przed 2 laty wykazał M., że zdolność zlepiania bakteryj posiadają nietylko swoiste surowicie, ale że podobne działanie na bakterye wywierać mogą także substancye chemiczne względnie prostego składu, jak formalina, sublimat, niektóre barwiki (safranina, wezuwina, fuchsyna), wreszcie kwas mleczny i kwas octowy. Własności zlepiające tego ostatniego wykrył M. przypadkowo, dzięki okoliczności, nakazującej obchodzić się wogóle bardzo ostrożnie z tak zw. serodyagnostyką. Mianowicie pewna próbka krwi, nadesłana M. w celu wykonania odczynu Widala, wywołała w hodowli prątka durowego zlepianie się aż do rozcieńczenia 1:5000! M., który na tej podstawie przypuszczał, że krew pochodzi z chorego na dur, z wielkiem zdziwieniem dowiedział się, iż była to krew zdrowego. Szukając przyczyny błędu, dociekł M. nakoniec, że wysyłający krew, pragnąc oczyścić przeznaczoną na nią probówkę, wymył ją octem. Od niejakiego czasu posługuje się M. w badaniach nad agglutynacyą osłabionym prątkiem wąglikowym, który do tego nadaje się o wiele lepiej od prątka durowego.

Według powszechnie panujących zapatrywań są swoiste substancye zlepiające, we krwi osobników zakażonych, wytworem samego zakażonego ustroju: mianowicie pod wpływem bakteryj lub ich jadów ma albo wzmagać się wytwarzanie substancyi, wyrabianych w ustroju już w warunkach fizyologicznych, lub też mają powstawać substancye nowe, obdarzone swoistą siłą zlepiającą. M. natomiast dochodzi na podstawie swoich badań do innych wniosków; sądzi on, że nie potrzeba odwoływać się do substancyj, wytwarzanych stale, czy czasowo, przez ustrój, aby wytłómaczyć zlepiające działanie surowic, gdyż można w samychże hodowlach drobnoustrojów wykazać obecność swoistych substancyj zlepiających (agglutyninów), przynajmniej w hodowlach osłabionego prątka wąglikowego.

Niektóre bakterye, hodowane w pożywkach płynnych, już samoistnie zlepiają się w grudki jak np. prątek błoniczy, prątek wąglikowy, posiadający pełną jadowitość (a nawet prątek durowy w zwykłym bulionie i z tego właśnie powodu zalecają do odczynu Widala używać hodowli w wodzie peptonowej). To samoistne zlepianie się nazywano „rzekomem“ i odróżniano, nie wiadomo dlaczego, od zlepiania się pod wpływem surowic. W rzeczywistości jest ono skutkiem wytwarzania się już w hodowlach swoistych substancyj zlepiających, których istnienia dowodzą następujące spostrzeżenia M. W hodowli osłabionego prątka wąglikowego powstaje zlepianie się po dodaniu zwykłego zasadowego bulionu, lub też 10% roztworu żelatyny (tej ostatniej w preparatach, ogrzanych do 37°). Najwybitniejsze jednak zlepianie się wywołuje bulion, w którym hodowano prątek wąglikowy, po usunięciu z niego prątków. Dodanie takiego bulionu do hodowli prątka durowego lub okrężnicowego nie wywołuje w nich zlepiania się. Urządzając jednak doświadczenie inaczej, mianowicie szczepiąc bakterye do wiszącej kropli takiego bulionu, można spostrzedz zlepianie się ich po dobie lub półtorej doby, jak gdyby pod wpływem surowicy swoistej, a to używając do szczepienia nietylko prątka wąglikowego osłabionego, ale także prątka okrężnicowego. Swoistość oddziaływania okazuje się dopiero po rozcieńczeniu 10-krotnem owego bulionu, w którym hodowano prątek wąglikowy; wówczas bowiem prątek wąglikowy osłabiony zlepia się jeszcze, prątek zaś okrężnicowy wcale się już nie zlepia. Nie ma więc wątpliwości, że hodowle prątka wąglikowego zawierają w pewnych warunkach swoiste substancye zlepiające, których część pozostaje w płynnej pożywce po usunięciu prątków, część jednak trzyma się samych prątków, objawiając swoje, poprzednio utajone własności, dopiero po dodaniu zwykłego bulionu, żelatyny 10% przy 37° i t. p. Przecież nie podobna przypuszczać, aby roztwór jakiegoś barwika np. fuchsyny, pod wpływem którego może pojawiać się agglutynacya, zawierał istotnie substancye zlepiające; on tylko wyzwala własności takich substancyi, zawartych w samej hodowli drobnoustroju. To samo, uwzględniając jednak cały szereg innych czynników, sprzyjających aglutynacyi, powiedzieć można i o zlepiających własnościach surowic. Czemże jednak tłómaczyć okoliczność, że surowice swoiste posiadają szczególnie wybitną siłę zlepiającą? Zdaniem M. pochodzi to stąd, że krew jest przeładowaną substancyami zlepiającemi, nie wytworzonemi przez ustrój, ale wcielonemi wraz z innymi wytworami zakażających bakteryj do ustroju; w przeciwieństwie do substancyi chroniących i antytoksycznych w ścisłem znaczeniu, które są niewątpliwie wyrabiane przez sam ustrój zakażony pod wpływem bakteryi lub ich jadów.

Ciechanowski.

Kunkel: **O wykryciu i ilościowem oznaczeniu pary rtęciowej w powietrzu.** *(Wiener klin. Rundschau,* Nr. 33, 1899). Do ilościowego oznaczenia pary rtęciowej używano dotychczas metody z listkami pozłótki. Metoda ta posiada ten błąd, iż na listku złota może osiąść choćby i mała ilość pary wodnej, przez co przybytek na wadze pozłótki jest większy od rzeczywistego, spowodowanego ilością rtęci, a co za tem idzie, błąd przy oznaczeniu może być dość znaczny. Drugi zarzut, jaki można zrobić wspomnianej metodzie, jest ten, iż nie cała ilość rtęci bywa pochłonięta na listkach złota, jak to autor próbami wykazał. Celem wykrycia, lub też ilościowego oznaczenia rtęci w powietrzu, zanieczyszczonem parą rtęci, przeprowadza autor przez rurki szklane (2—3 mm. szerokie), zawierające kilka kryształków jodu, bardzo wolnym strumieniem większe ilości (50—100 litr.) powietrza badanego. Reakcya jakościowa jest bardzo czułą, gdyż jeszcze $^1/_{100}$ mgr. rtęci sprawia czerwone zabarwienie

[1]) Por. ref. w »Przegl. lek.« 1896, Nr. 44, str. 585.

się kryształków jodu, skutkiem utworzenia się jodku rtęciowego (HgJ_2). Chcąc ilościowo oznaczyć Hg. popłókujemy rureczki (po skończonem przeprowadzaniu powietrza) rozczynem jodku potasu, nadmiar stałego jodu odsączamy, a w rozczynie będący jod wiążemy przez ostrożny dodatek rozczynu wodorotlenku sodowego. Następnie przeprowadzamy przez otrzymany rozczyn strumień siarkowodoru i porównywujemy zabarwienie tej cieczy kolorymetrycznie z wiadomym rozczynem sublimatu, przez który przeprowadziliśmy również siarkowodór. *Dr. J. L.*

R. O. Neumann: **O wartości wyskoku, jako pożywki, na podstawie badań w kierunku przemiany materyi u ludzi.** *(Wien. klin. Rundschau,* Nr. 33, 1899). Sprawa, jakim losom podlega wyskok, wprowadzony do ustroju, jak i fakt, iż upośledza wymianę gazów, została dostatecznie stwierdzoną doświadczalnie. Pytanie zaś, jak wyskok oddziaływa na przemianę białka w ustroju nie jest należycie wyświetlone, a wyniki badań są sprzeczne. Jedni autorowie, jak Riess, Jaksch, Strassmann twierdzą, iż wyskok zmniejsza wydzielanie się azotu, a więc oszczędza białka; inni znów, jak Romeyn. Keller, Ström, Miura i t. d. są zdania, iż zwiększa ilość wydzielanego azotu. Te sprzeczności spowodowały autora do podjęcia na nowo doświadczeń nad przemianą materyi przy spożywaniu wyskoku na samym sobie. Doświadczenie trwało dni 35, z których w 16 spożywał autor po 100 grm. wyskoku bezwodnego. W 70 dniach przed rozpoczęciem doświadczeń autor wyskoku nie spożywał. Całe doświadczenie podzielone było na sześć okresów: W okresie I, pięciodniowym, doprowadził siebie autor do równowagi azotowej przy dyecie, złożonej z 76 grm. białka, 224 grm. wodników węgla i 156 grm. tłuszczu, odpowiadającej 2681 kaloryom. W II-gim okresie, czterodniowym, opuścił z dyety 77 grm. tłuszczu, dyeta odpowiadała więc 1959 kaloryom, zatem była niedostateczną, a doprowadzenie N. musiało być zwiększonem. W III-cim okresie, dziesięciodniowym, zastąpił 77 grm. tłuszczu równoważną ilością (100 grm.) wyskoku, dyeta odpowiadała 2677 kal. i musiała być dostateczna, jeżeli wyskok był w stanie zastąpić tłuszcz; przez to musiała również wrócić równowaga azotowa. W okresie IV-tym, sześciodniowym, podawano pierwotną ilość tłuszczu (156 grm.), a nadto jeszcze 100 grm. wyskoku. Dyeta odpowiadała 3401 kal., była tedy nadmierna. Wobec tego wydalanie azotu musiało być zmniejszonem, jeżeli wyskok mógł zastąpić tłuszcz. W V-tym okresie, czterodniowym, nie podawano wyskoku, a tłuszczu o 77 grm. mniej. Dyeta odpowiadała teraz 1959 kal., była zatem niedostateczną. Należało się przeto znów spodziewać utraty azotu W VI-tym okresie ostatecznie, sześciodniowym, wrócono do dyety okresu pierwszego, wobec czego powinna była wrócić równowaga azotowa. Jak wykazują tablice, przedstawiające przemianę materyi, z całego doświadczenia widzimy, że w okresie przed i po doświadczalnym (I i VI) istniała równowaga azotowa. W okresie II-gim i V-tym znajdujemy utratę azotu (N wprowadzony 12, 16; wydalony 13, 79). W okresie III-cim znajdujemy od 5—10 dnia równowagę azotową, wobec czego wnosimy, iż dyeta była dostateczną. W okresie IV-tym, w którym dyeta była nadmierną, widzimy przyrost azotu w ustroju (N wprowadzony 12, 19, wydalony N 10, 84). W końcu w pierwszych pięciu dniach III-go okresu z ajdujemy utratę azotu (N wprowadzony 12, 16; wydalony 15, 21), którą sobie autor tłómaczy jako skutek ostrego zatrucia wyskokowego, spowodowanego przez wprowadzenie stosunkowo wielkich ilości wyskoku do ustroju, nie przyzwyczajonego do wyskoku (wystrzeganie się wyskoku przez 70 dni przed doświadczeniem), gdzie działanie wyskoku, jako trucizny pierwoszczy, spowodowało zwiększony rozpad ciał białkowatych. Rozpad ten był jednak czasowym i ustąpił, gdy się ustrój po 5-ciu dniach do wyskoku przyzwyczaił, kiedy więc jego niszczące działanie ustąpiło. Wskutek tego nastąpiła od 5 do 10 dnia równowaga azotowa, a na tej podstawie możemy twierdzić, iż wyskok w tych 5 dniach był w stanie zastąpić brakujący tłuszcz i zaoszczędzić białka. Że tak jest, mamy dalej dowód w IV-tym okresie, w którym, podobnie jak tłuszcz, działał wyskok oszczędzająco na białko, skutkiem czego wydzielanie się azotu w tym okresie było zmniejszonem (wprowadzony N 12, 16, wydalony 10, 84). Wyniki doświadczeń autora zgodne są zatem z wynikami, jakie otrzymali Miura i Schmidt w czterech pierwszych dniach okresu podawania wyskoku; niestety, autorowe przerwali w czwartym dniu doświadczenia swoje i w ten sposób doszli do wyników błędnych. Autor wyciąga w końcu ze swoich doświadczeń wniosek, iż wyskok należy uważać za pożywkę, która jednak z powodu swych trujących własności powinna być jak najmniej spożywaną. *Dr. J. L.*

Dr. Ludwik Seeligmann: **O sączkowaniu po laparotomiach z ciężkiemi powikłaniami.** *(Deutsch. med. Woch.,* Nr. 39, 1899). Autor uważa sączkowanie za wskazane po ciężkich zabiegach w miednicy małej, a zwłaszcza, gdy przy tych zabiegach albo istnieje obawa zakażenia otrzewnej, albo też obawa krwotoku następowego. Sączkowanie przeprowadza gazą, przez pochwę i zatokę Douglasa; jest przeciwnikiem sączkowania przez ranę w przetokach brzusznych, jakoteż użycia do sączkowania drenów. Według zdania autora sączkowanie należy ograniczyć tylko do bardzo ciężkich przypadków i to tam, gdzie albo wskutek silnych zrostów przy dużych otokach trąbkowych wśród zabiegu pęka guz, a ropa dostaje się do otrzewnej, albo gdzie przy oddzielaniu silnych zrostów naruszono całość ściany jelita, moczowodu lub też pęcherza. Usunięcia równoczesnego macicy i przydatków strony przeciwnej przy otokach trąbkowych autor nie uważa za koniecznie. Otwór po wyłuszczeniu guza, względnie po usunięciu macicy z przydatkami i po zaprowadzeniu sączka, który równocześnie może być po przeprowadzeniu go przez pochwę i tamponem, zmniejsza autor w ten sposób, że kikuty pozostałe więzów szerokich zeszywa z najbliższymi przydatkami tłuszczowymi *(appendices epiploicae)* tak by szwy przypadały od strony założonego sączka. Przy tem postępowaniu miał autor doskonałe wyniki operacyjne, nawet tam, gdzie ropa przy oddzielaniu guza dostała się do otrzewnej. Sączek już od drugiego dnia wysuwać należy powoli przez pochwę. *St. D.*

Šamberger. **Rokowanie w dusznicy bolesnej.** *(Sborník klinický* R. I. Z. 1, 1899). Na podstawie 73 przypadków dusznicy bolesnej, spostrzeganych w ciągu lat 3 w poliklinice czeskiej, oraz statystyki, zebranej z piśmiennictwa, dochodzi S. do następujących wniosków: Dusznica bolesna jest cierpieniem wcale nierzadkiem, zwłaszcza w praktyce przychodniej (poliklinicznej); częściej dotknięci są nią mężczyźni (64·4%), niż kobiety (35·6%); wiek starszy ma wpływ bardzo wybitny na częstość choroby (po 40 r. życia 72·6%). Znaczna część chorych zmuszoną jest udawać się o pomoc lekarską częściej w zimie, niż w lecie. Wbrew zapatrywaniu, że dusznica bolesna jest częstszą u ludzi zamożnych, żyjących dostatnio i nie pracujących fizycznie, sądzi autor, że cierpienie to nie jest przywilejem żadnej warstwy społecznej, ani żadnych oznaczonych zawodów, ponieważ prawie wszyscy jego chorzy należeli do klasy robotniczej. Również i w zapatrywaniach na rokowanie różni się Šamberger od większości klinicystów, utrzymujących, że prawdziwa, t. j. wywołana zmianami anatomicznemi dusznica bolesna kończy się prędzej lub później śmiercią nagłą, a że wyzdrowienie jest zgoła wyjątkowe. S. sądzi, że zapatrywanie to ma podstawę tylko w przypadkach, powikłanych niedomykalnością ujścia tętniczego lewego; natomiast z innych przypadków żaden nie zakończył się śmiercią nagłą w ciągu trzechletniego spostrzegania.

Co więcej, stosowne leczenie nietylko powróciło wielu chorym zdolność do pracy, ale nawet doprowadziło u kilku do zupełnego wyzdrowienia. Tylko u 3 chorych (na 73) stan wcale się nie poprawił, mianowicie u jednego nałogowego pijaka i palacza, u drugiego chorego, dotkniętego prócz dusznicy bolesnej także cierpieniem opłucnej i wreszcie u trze-

ciego, u którego postępująca miażdżyca tętnic sprowadziła w ciągu roku wytworzenie się niedomykalności zastawek t. głównej, a w parę miesięcy później śmierć nagłą.

Sekcya, wykonana w tym przypadku, potwierdziła dokładnie rozpoznanie kliniczne. *Z.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Philippson (Hamburg) uzyskał dobre wyniki w leczeniu liszaja żrącego, podając wewnętrzne fluorek sodowy w dawce 0·1 grm. 3 razy dziennie, wywołujący jednak czasami pewne objawy ze strony przewodu pokarm.: dlatego zaleca więcej do użycia *natrium fluorobenzoicum* Mercka w dawce 0·5 grm. 3 razy dziennie (*Derm. Ztsch.* T. II. 3). Należy nadmienić, że podobne wyniki omawiał Stepp na Zjeździe w Norymberdze, po używaniu wody fluoroformowej w ilości 100·0 dziennie, *F. K.*

W ostatnich czasach często polecaną bywa jodothyrina, w zastępstwie gruczołu tarczykowego. Jaquet ogłaszał w ostatnim roku nader pomyślne wyniki w obrzęku śluzakowym (myxoedema), wolu, wreszcie w różnych chorobach skórnych. Lancereaux i Paulesco użyli jej świeżo w cierpieniach gośćcowych. dnie i miażdżycy tętnic. Prawie wszyscy jednak skarżą się, że używanie tego przetworu wywołuje nierzadko zawroty, drżenie, bicie serca itp. Mabille ogłasza w ostatnich czasach, że stwierdził tak doświadczalnie na zwierzętach, jak i klinicznie na chorych brak tych ubocznych objawów, gdy podawał równocześnie z tym środkiem arszenik. *F. K.*

Powszechnie znanym jest ból przy owrzodzeniach w ustach, szczególnie u dzieci (*stomatitis ulcerosa, aphtosa*), przez co odżywianie jest nader utrudnionem. Kokainy nie można w tych razach używać całkiem bezpiecznie; dlatego Göpfert radzi używanie ortoformu, który wdmuchuje się na błonę śluz. ust na parę minut przed jedzeniem, przez co dziecko bez bólu jeść może. Przestrzega tylko przed dostaniem się tego środka do przełyku, dla jego nieprzyjemnego smaku. (*Jour. d. Med. d. Paris* 1899.31).

F. K.

Gautrelet omawiał na posiedzeniu Akademii nauk w Paryżu nowe środki przeciwpasorzytnicze, egole, powstające z fenolu, kresolu i tymolu przez dodanie rtęci. Przetwory te (fenegol, kresegol, tymegol) przedstawiają się w postaci proszku czerwono-brunatnego, rozpuszczalnego w wodzie, a nie dającego się rozpuścić w wyskoku. Roczyny wodne nie mają smaku, ni zapachu, są obojętne, niedrażniące, nie lotne i nie rozkładają się przy zetknięciu z istotami organicznemi. Nie działają trująco, bo potrzeba 2·0 tego przetworu na 1 klgr. zwierzęcia, aby sprowadzić śmierć. Wewnętrznie podane, działają wymiotnie; działanie ich przeciwpasorzytnicze jest silne, gdyż w roczynach 4:1000 tamują w hodowlach rozwój jakichkolwiek drobnoustrojów. *F. K.*

Lau zaleca do leczenia łuszczycy okłady z 2% roczynu kw. salicylowego w wyskoku (70°—90°), zmieniane co 12 godzin, poczem ma nastąpić zmywanie dokładne wodą i mydłem. Jeżeli powstanie podrażnienie skóry, dochodzące często aż do rozpadlin w przyskórku, stosuje nacieranie tych miejsc lanoliną. (*St. Peterb. med. Woch.* 1899. 34). *F. K.*

Przy ukąszeniach owadów radzą lekarze amerykańcy smarować miejsca wkłócia eterem mentolowym (1·0—2·0: 10·0). (*Med. News* 1899, 6). *F. K.*

Salophen stosował Dr. Kenner w przypadkach gośćca stawowego ostrego z dobrym skutkiem, przyczem miał sposobność przekonać się, iż salofen nie drażni błony śluzowej żołądka; ból gośćcowy ustępuje szybko, również i obrzęk stawów; wogóle szkodliwych i jakichkolwiek działań ubocznych po podaniu salofenu autor nie zauważył. *J. L.*

Protargol. Bouvy (*Considerations bacteriologiques, cliniques et therapeutiques sur la Blennorrhée vulvo-vaginale des enfants. Paris, 1899*) badał działanie protargolu w śluzotoku sromowo-pochwowym u niemowląt i porównywał je z działaniem nadmanganianu potasowego, wody utleniowej i ichtyolu w tych samych przypadkach. Z doświadczeń tych doszedł do wniosku, iż protargol jest w tych razach najpewniejszym i najszybciej działającym środkiem; z leków wspomnianych działa on najmniej boleśnie i drażniąco tak, iż autor może w zupełności potwierdzić własności protargolu, jakie mu przypisywali Neisser i Bernario.

J. L.

Europhen. Conoerse (*New Albany Medical Herald, May, 1899*) ogłasza wyniki stosowania eurofenu w *Rhinitis neonatorum.* Nos przeplókuje się najprzód wodą słoną lub też słabą wodą utleniową, a następnie wdmuchuje się mięszaninę eurofenu z cukrem; tak postąpić należy 2—3 razy tygodniowo. Również w zapaleniach ucha zaleca autor wdmuchiwania eurofenu po poprzedniem wystrzykaniu ucha roczynem sublimatu (1: 500). *J. L.*

VI. Sprawozdanie ze Zjazdu niemieckiego Stowarzyszenia higienicznego, odbytego w czasie od 13—15 września w Norymberdze.

Podał
Dr. Jan Buszek
fizyk m. Krakowa.

Tegoroczny, 24 Zjazd niemieckiego Stowarzyszenia higienicznego odbył się w czasie od 13—15 września b. r. w Norymberdze. Liczba uczestników wynosiła 371. Pomiędzy nimi było najwięcej lekarzy, następnie techników, burmistrzów i urzędników miejskich. Nie brakło na nim także miłośników higieny z państw obcych. Z Krakowa brali udział w Zjeździe Prof. Dr. Pareński, Dr. Bier i sprawozdawca.

Po zwykłych mowach powitalnych nastąpił referat Prof. Dra E. Erismana z Zurychu: *Higieniczne ocenienie rozmaitych sposobów sztucznego oświetlenia ze szczególnem uwzględnieniem rozdzielania światła.* Do oznaczenia ilości światła, potrzebnej do pracy, ustanowiono pewne zasady po wynalezieniu fotometrycznych przyrządów. Jeżeli 50 NS (normalnych świec) odpowiada pełnemu oświetleniu dziennemu, to ze stanowiska higienicznego potrzeba dla pracy dłuższej, jak np.: czytanie, pisanie, rysowanie itp. 20—30 NS. Zadowalniamy się najczęściej oświetleniem sztucznem już przy 12 NS, lecz pełna najwyższa bystrość wzroku nastąpi dopiero przy 100 NS. Musimy żądać od oświetlenia sztucznego więcej aniżeli 15 NS. Postępowa technika oświetlenia może dawać 20—30 NS. Oświetlenie elektryczne najmniej przyczynia się do psucia powietrza, ale też i Auerowskie światło niewiele go psuje. Tworzenie się kwasu węglowego nie może być tak znaczne, aby miało być zdrowiu szkodliwe. Doświadczenia ze świnkami morskiemi miały okazać objawy rozpoczynającego się zapalenia płuc pod wpływem wytworów chemicznych świecenia. Węgliki wodu, niedokwas węgla, kwas siarkowy i siarkawy wytwarzają się tylko w małych ilościach przy oświetleniu zapomocą gazu. Raczej kwas azotawy mógłby działać szkodliwie. Trujące działanie acetylenu zdaje się być nieznacznem, prócz tego krew szybko się go pozbywa. Niebezpieczeństwo wybuchu można nadzwyczaj zmniejszyć przez mięszanie go z gazami tłuszczowymi, około 30% z 70% gazów tłuszczowych.

Bardzo szczegółowo omawiał referent rozdzielanie światła. Najwięcej korzyści przedstawia światło rozproszone: umieszcza się źródło światła niezbyt wysoko pod sufitem, skąd ono odbija się od nieprzepuszczających reflektorów pod sufit, a ztamtąd rozchodzi się jednostajnie na wszystkie strony. Ponieważ przy tym sposobie oświetlenia można użyć bardzo mocnego światła (Auerowskie, łukowe), to mimo, że przez rozproszenie dużo się traci światła, zależnie od okoliczności, jest ono jednak tańsze, aniżeli oświetlenie wprost.

Referent przedłożył następujące twierdzenia: Ze względu na siłę oświetlenia, technika ma ze strony higienicznej następujące zadania:

1) Ilość światła padająca na każde miejsce pracy, tak zwana jasność (siła oświetlenia), jako też jasność powierzchni miejsca pracy (funkcya wskazanej jasności i zdolności odbijania światła oświetlonych powierzchni) musi być dostatecznie wielką. Dla grubszych robót na dobrze odbijających powierzchniach wystarcza 10 NS.: dla delikatniejszych robót i w warunkach nieprzychylnych dla odbijania światła potrzeba przynajmniej 20—30 NS. Kontrolować jasność należy zapomocą przyrządów fotometrycznych.

2) Zepsucie powietrza przez wytwory zupełnego albo niezupełnego spalania materyi świetlnych (przy sposobach oświetlenia wydających światło przez spalenie) powinno być jak najmniejsze. Tu należy używać jak najczystszego materyału palnego; a ponieważ z wielkością zużycia rośnie bezwzględna ilość wytworów spalenia, tedy wśród równych okoliczności zasługuje na pierwszeństwo ten sposób oświetlania, przy którym całe zużycie materyału palnego dla jednostki światła jest najmniejsze.

3) Sztuczne oświetlenie stanowczo nie powinno podnosić ciepłoty w oświetlonej przestrzeni, to jest

skutek ogrzania przez źródło światła powinien być jak najmniejszy. Przy sposobach oświetlania, wydających więcej gazów ze spalenia, należy je odprowadzać w sposób odpowiedni. Dla zmniejszenia utraty ciepła wraz z gorącymi gazami jest rzeczą ważną, aby jak największa część zapasu energii (wszystko ciepło), zamienić w światło, czyli, aby zużycie materyału palnego w stosunku do jasności płomienia było jak najmniejsze.

4) Ciemne promieniowanie źródła światła nie powinno być przykre. Przykrość tę może zmniejszyć większa odległość ciał świecących od osób zajętych pracą w danej przestrzeni. Gdy atoli przytem jasność szybko się zmniejsza, dlatego muszą być w samym sposobie oświetlenia dane warunki dla zmniejszenia promieniowania ciepła, to znaczy, że trzeba dać pierwszeństwo takim źródłom ciepła, przy których równoważnik cieplikowy części płomienia nieświecącej jest jak najmniejszy. Również konstrukcya palników, albo wogóle przyrządów użytych do wydawania światła, powinna być tego rodzaju, aby *caeteris paribus* dała się osiągnąć jak najmniejsza wartość promieniowania. Za najlepsze źródło światła należy zresztą przy równych stosunkach uważać to, przy którem przypadające na jedną świecę jasności promieniowanie ciepła jest najmniejsze. Promieniowanie idealnego źródła światła powinno być jak najmniejsze. Z tego stanowiska jest nie bez znaczenia barwa światła, gdyż światłu z wieloma promieniami czerwonymi i odpowiada wysokie promieniowanie, zaś światłu z przeważną ilością barwy zielonej i niebieskiej małe.

5) Źródła światła z wielkim blaskiem, przy których więc na jednostkę świecącej powierzchni przypada wielka ilość światła, należy od oczu oddalać, albo w odpowiedni sposób je osłabiać.

6) Migotania źródła światła, oraz zmiennego wzmagania się i słabnięcia siły światła, należy przy oświetlaniu unikać. Trzeba wszędzie żądać światła jednostajnego, spokojnego: a głównie i bezwzględnie jest ono potrzebne tam, gdzie odbywa się praca, wymagająca wytężenia wzroku, przez czas dłuższy albo w większym stopniu (izby szkolne, pewne pracownie itp.).

7) Niebezpieczeństwa, jak zatrucie, wybuch, pożar, rażenie prądem elektrycznym, któreby konsumentom albo publiczności wogóle z powodu zakładów oświetlenia grozić mogły, powinny być jak najmniejsze.

8) Niemniej ważnem, a dla pewnych przestrzeni (osobliwie szkół) jeszcze ważniejszem, aniżeli dostarczanie jak największej ilości światła jest należyte rozdzielenie światła i osłabienie cieni. Zadanie to przy oświetleniu wprost może się spełnić tylko wśród szczególnych okoliczności (jeżeli się każdemu uczniowi da źródło światła opatrzone w odpowiednią przyciemniającą zasłonę). Cel ten najprościej i najpewniej osiągnąć można przez użycie światła rozprószonego. Dla izb szkolnych jest to jedyny, odpowiedni i wszelkie wymagania higieny zaspokajający sposób oświetlenia. Może on atoli i w lokalach biurowych, pracowniach itp. oddawać wielkie usługi. Uciążliwe promieniowanie źródeł światła da się zupełnie usunąć przez rozprószenie światła, ponieważ przy tem umieszcza się ciała świetlne wysoko ponad głowami. Skombinowanie światła przechodzącego wprost ze światłem rozprószonem zapomocą reflektorów ze szkła mlecznego nie zaleca się tam, gdzie są warunki dla przykrego tworzenia się cieni t. j. gdzie piszą, rysują i t. p. (Wtedy są lepsze nieprzeźroczyste metalowe umbry, jako reflektory, aniżeli umbry ze szkła mlecznego).

W rozprawie nad powyższemi twierdzeniami zauważył Prof. Dr. Praussnitz, że oświetlenie wprost nie wszędzie jest odpowiednie. Tak samo Mayer nie zaleca go przy rysunkach z modeli gipsowych. Peters zachwala światło gazowe żarowe. Schubert zwrócił uwagę na to, że światło wprost olśniewa i dlatego należy zaprowadzać światło rozprószone (C. d. n.).

VII. Sprawozdanie z Sekcyi pedyatrycznej niemieckiego Zjazdu lekarzy i przyrodników, odbytego w Monachium d. 18—23 września 1899 r.

Podał

Dr. Jan Landau

lekarz chorób dzieci w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

10) Lange z Lipska (sprawozdawca): *O drgawkach w wieku dziecięcym.* Sprawozdawca ograniczył się w swem zdaniu sprawy do tak zw. *Eclampsia infantum,* określił bliżej najważniejsze objawy tego cierpienia i wskazał na trudności odgraniczenia tego, co w niem fizyologiczne, a co chorobowe. Różnica między drgawkami na podstawie anatomicznej, a drgawkami czynnościowemi, polega na tem, że w pierwszych znamy ich przyczynę, w drugich dotychczas jej nie znamy. Rozróżniamy drgawki czynnościowe sympatyczne i samoistne. Drgawki sympatyczne są prawie identyczne z symptomatycznemi, gdyż wszelkie drgawki są spowodowane zmianą patologiczną i dlatego należy nazwę „drgawki“ *(eclampsia),* jako określenie choroby, zupełnie usunąć, gdyż podobnie, jak n. p. wyrazy: gorączka, wymioty, ból głowy, nie określają rodzaju choroby. Co do patogenezy drgawek, to mogą one być spowodowane przez niedokrewność, czynne lub bierne przekrwienie, zaburzenia naczynioruchowe i przez zmiany ciśnienia krwi w mózgu. Dawniejsze zapatrywanie o istnieniu ośrodka dla kurczów nie da się obecnie utrzymać, a jako siedzibę kurczów należy uważać obszar ruchowy kory mózgowej. Prace Soltmana wyjaśniają skłonność do powstawania kurczów w wieku od 4—12 lat, nie wyjaśniają jednak przyczyn cierpienia i nie tłómaczą dlaczego z dwojga dzieci, znajdujących się w tych samych warunkach, jedno dostaje drgawek przy lekkiem podrażnieniu czuciowem, a drugie nie. Sprawozdawca zaprzecza istnieniu „drgawek z ząbkowania“, omawia napady drgawek w początku chorób zakaźnych i sądzi, że te powstają prawdopodobnie pod wpływem jadów, a nie jako następstwo gorączki. Co do wpływu samozatrucia na powstawanie drgawek, Lange, na podstawie dodatnich wyników w dwóch na jedenaście przypadków u zwierząt, nie chce wydawać stanowczego sądu. Głównego pytania co do powstawania drgawek L. nie rozstrzyga, jakkolwiek przyjęcie samozatrucia tłómaczyłoby wpływ krzywicy na powstawanie drgawek. Trudności rozpoznawcze nastręcza rozróżnienie drgawek od padaczki. Leczenie polega na stosowaniu w cięższych przypadkach uśpienia chloroformem i na podawaniu fosforu, bez względu na obecność lub nieobecność krzywicy.

Thiemich z Wrocławia, jako spółsprawozdawca również zajmował się tylko drgawkami u dzieci, t. j. czynnościowemi i w opisie obrazu klinicznego choroby rozróżnia dzieci z ciężkimi objawami żołądkowo-kiszkowymi, u których drgawki występują w towarzystwie ośrodkowych objawów podrażnienia i porażenia, a powtóre dzieci pozornie zdrowe. U tych ostatnich znajdują się zazwyczaj objawy tężyczki, albo też istnienie długotrwałego przeładowania pokarmem. Zupełnie zdrowe dzieci drgawek nie dostają. Następnie prelegent wspomina o niedostatecznych wynikach badań anatomopatologicznych i omawia teorye powstawania drgawek, zbijając teoryę odruchową Soltmanna, który przyjmuje istnienie fizyologicznego usposobienia „spasmophilia“ albo „wzmożonej skłonności odruchowej“ u osesków. Prelegent sądzi, że jeżeli istnieje *spasmofilia* u osesków, to musi być patologiczną i zdaje się być zależną od obecności stanu tężyczkowego, albo od nieprawidłowej przemiany materyi. Wreszcie wskazuje T. na nieopisaną dotychczas możliwość istnienia zaburzeń w polegającej na osmozie przemianie wody, soli i ciał białkowatych, znajdujących się we krwi i w tkankach (w mózgu), któreto zaburzenia mogą być powodem drgawek, jak to doświadczeniem na zwierzętach można wykazać. W niektórych przypadkach wyraźnie występuje przeładowanie krwi bezwodnikiem węglowym jako czynnik etyologiczny. Wreszcie odrzuca T. teoryę Kassowitza, który sądzi, że przewlekłe przekrwienie krzywicą zmienionych kości czaszki powoduje podrażnienie kory mózgowej, a w następstwie drgawki. Badania anatomiczne i kliniczne temu się sprzeciwiają.

11) Ganghofner (z Pragi): *O skurczu głośni (Spasmus glottidis) w przebiegu tężyczki u dzieci.* G. zwraca uwagę na trudności wykazania objawu Trousseaua i wzmożonej pobudliwości elektrycznej, szczególnie w leczeniu ambulatoryjnem. Ze względu na wynik badań swych, wykazujących, że u dzieci w dwóch pierwszych latach życia nie znajduje się znacznego wzmożenia pobudliwości nerwów bez obecności tężyczki, sądzi G., że można postawić rozpoznanie tężyczki przy skurczu głośni, w razie obecności znacznego wzmożenia pobudliwości nerwów obwodowych, nawet przy braku objawu Trousseaua.

Z pomiędzy 105 przypadków skurczu głośni, badanych przez prelegenta w ciągu ostatnich trzech lat, w 61 = 58% były wyraźne, lub przynajmniej tak zw. utajone objawy tężyczki (Trousseau), podczas gdy w 44 = 42% przypadków skurczu głośni w części napotykano tylko wzmożenie pobudliwości mechanicznej nerwów (w 38 = 36% przypadków), w części zaś nie znajdowano w czasie badania żadnych objawów tężyczki (w 6 = 5·7% wszystkich przypadków skurczów głośni). G. sądzi, że przypadki ze wzmożoną pobudliwością mechaniczną (38), należy zaliczyć do tężyczki tak, że z 105 przypadków skurczu głośni w 99 = 94% wykazano objawy tężyczki, że przeto należy je zaliczyć do tężyczki. Podobne wyniki otrzymał Loos

w Gracu. Nie można jednak twierdzić, jakoby u dzieci nie występował skurcz głośni bez tężyczki, albo jakoby skurcz głośni nie mógł być czem innem spowodowany; prelegent jednakże przypuszcza, że skurcz głośni zawsze równocześnie się pojawia z tężyczką, a do rzadkich wyjątków należy pojawienie się skurczu głośni bez objawów tężyczki. Naodwrót, w 150 przypadkach tężyczki znalazł G. 99 = 76% przypadków skurczu głośni; w dawniejszych latach 63—73%.

Wskazując na zjawisko, że drgawki często towarzyszą skurczowi głośni, zgadza się G. z Escherichem, że we wszystkich postaciach kurczów, należących do tężyczki, rzecz idzie o rozmaite stopnie tej samej choroby. U 96% dzieci ze skurczem głośni stwierdzono krzywicę, u większości odżywienie było dobre, skóra blada i *status lymphaticus*, a u 81% dzieci były mniej lub więcej wybitne zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Leczenie dyetetyczne często korzystnie wpływa na napady, a w innych przypadkach wcale nie działa. Przy równoczesnem podawaniu fosforu wyniki okazują się lepsze, a przy ponownem wystąpieniu rozwolnienia napady się znowu pojawiają, mimo podawania fosforu. Jakkolwiek zaburzenia żołądkowo-jelitowe powodują bezpośrednio napady, to przecież nie można ich uważać jako właściwą przyczynę choroby, lecz towarzyszą już istniejącej chorobie, której istotą jest pewien rodzaj zakażenia, będący w związku z nieprawidłową przemianą materyi.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Listy z Paryża

napisał

Dr. Stanisław Kaczyński.

VI.

„Institution nationale des jeunes aveugles" (56 Boulevard des Invalides) założony został przez Walentyna Hany w r. 1784. Przez pierwszych 60 lat swego istnienia tułał się podobnie, jak zakład dla głucho-niemych po rozlicznych miejscach, przez pewien nawet przeciąg czasu pozostawał razem z tym ostatnim pod jednym dachem, mianowicie w tak zw. *„Couvent des Célestins"*. Dopiero w roku 1843 przeniesiono go do umyślnie przez rząd wybudowanego gmachu i w nim też po dziś dzień się znajduje. W ogrodzie, mającym 12.000 m² powierzchni, wznosi się budynek dwupiętrowy, kształtu litery H. Boczne skrzydła przeznaczono: prawe dla chłopców, lewe dla dziewcząt, w środkowem zabudowaniu mieszczą się biura zarządu; do tego zabudowania przytykają od tyłu: kaplica i sala produkcyi publicznych. Prócz tego w głębi ogrodu znajdują się dwa osobne budynki z mieszkaniami profesorów; obszerne werandy na parterze tych dwu budynków służą w razie niepogody na zabawy wychowanków. Jeśli całość od zewnątrz robi dobre wrażenie, to przez rozejrzenie się w urządzeniu wewnętrznem sypialni, klas, pracowni, łaźni, kuchni itp., wrażenie to jeszcze się potęguje: wszędzie czystość, ład i porządek zadziwiające, jeśli się uwzględni kalectwo mieszkańców. Tu także wszędzie doprowadzone są gaz i woda, a zakład ogrzany jest kaloryferami.

Zakład pozostaje pod nadzorem ministerstwa spraw wewnętrznych, które mianuje: dyrektora, komisyę doradczą, urzędników i nauczycieli. Zakład mieści 150 ociemniałych chłopców i 80 dziewcząt, a przyjmuje na wychowanie dzieci w wieku od 10 do 13 lat, — wyjątkowo starsze, w razie, gdy ich wykształcenie i rozwój umysłowy odpowiadają wiekowi, a to za opłatą 1200 fr. rocznie i 320 fr. jednorazowo na ubranie i bieliznę wychowanka. Nauka trwa lat 8 dla kształcących się w muzyce, a lat 5 dla kształcących się w innych zawodach.

Wykształcenie elementarne obejmuje: czytanie i pisanie specyalnym alfabetem i sposobem dla ociemniałych (metoda wynaleziona przez twórcę zakładu, a następnie wydoskonalona), język francuski, literaturę, historyę powszechną i geografię, matematykę i nauki przyrodnicze. Wykształcenie zawodowe obejmuje dla chłopców: muzykę, strojenie fortepianów, tokarstwo, wyplatanie stołków, roboty siatkowe i roboty ze słomy; dla dziewcząt: muzykę, roboty siatkowe i inne roboty kobiece. Przedmioty, wychodzące z pracowni zakładu, odznaczają się bardzo starannem wykończeniem, a że i muzyka traktowana tu jest poważnie, można nabrać wyobrażenia, przysłuchawszy się od czasu do czasu koncertom, wykonanym przez orkiestrę ociemniałych wychowanków pod kierunkiem również ociemniałego nauczyciela. Zakład posiada własną drukarnię, w której zatrudnieni są przeważnie byli uczniowie, drukująca książki do użytku ociemniałych i bibliotekę, złożoną z 250 tomów drukiem dla ociemniałych i 1.600 tomów drukiem zwykłym. Grono nauczycielskie składa się wyłącznie z ociemniałych byłych uczniów zakładu, tak w dziale wykształcenia elementarnego, jak i zawodowego. Prócz tych nauczycieli nadzoruje oddział chłopców nauczyciel, a oddział dziewcząt nauczycielka ze wzrokiem prawidłowym. Zakład posiada wreszcie własnego kapelana, trzech lekarzy (internista, chirurg, okulista) i dentystę.

Zdaje mi się, że zbyteczną byłoby rzeczą rozprawiać o użyteczności opisanych zakładów. Pomijając wykształcenie, a przez nie względne uszczęśliwienie kalek, przyjść musimy do przekonania, że państwo, rozporządzając podobnymi zakładami, robi znakomity interes; kosztem bowiem 14.000 fr. (koszta utrzymania przez 8 lat dziecka głucho-niemego) nie tylko pozbywa się ciężaru, jakim zawsze jest kaleka niezdolny do pracy, ale równocześnie zyskuje użytecznego obywatela. Wyniki są tu nieraz zdumiewające: z zakładów dla głucho-niemych (jest ich we Francyi znaczna liczba) wychodzą rzemieślnicy, poszukiwani dla swego uzdolnienia, pracowitości i dobrych obyczajów; zakład dla ociemniałych wydaje również zdolnych rzemieślników, licznych organistów (w samym Paryżu było do niedawna zatrudnionych 17), a nawet do grona swych byłych uczniów zalicza kilku dość znanych muzyków (Gauthier, Roussel, Lebel), profesora matematyki w liceum w Angers: Montala i wielu innych ludzi, którzy mimo swego kalectwa niepoślednie w społeczeństwie zajęli stanowiska. Ale też przyznać trzeba, że kierownicy tych zakładów zdają sobie dokładnie sprawę z ich zadania, nie uważają ich za przytułki dla kalek, ale za zakłady wychowawcze i dla tego przyjmują tylko takie dzieci, których władze umysłowe i siły fizyczne pozwalają spodziewać się przynajmniej jakiego takiego skutku podjętych trudów.

„Hospice national des quinze-vingts" jest to zakład bardzo ciekawy ze względu na swój ustrój i dla tego chcę mu słów parę poświęcić. Mieści się on w budynku, wzniesionym jeszcze w wieku XIV przez Ludwika świętego, a przeznaczonym przez niego na pomieszczenie 300 rycerzy, ociemniałych w wojnie z Maurami. Zadaniem zakładu jest udzielanie pomocy ubogim ociemniałym, płci obojga, dzielącym się na *Pensionnaires externes* i *internes*. Pensyonaryuszem *„externe"* może zostać każdy ubogi ociemniały Francus, ukończywszy 21 lat; zapomoga, udzielana przez ministerstwo spraw wewnętrznych, wynosi od 100—200 fr. rocznie. Żaden pensyonaryusz nie może przejść do wyższej klasy płacy, jeżeli nie pobierał przynajmniej przez jeden rok pensyi klasy poprzedzającej, a i to zależnie od funduszów, jakie pozostaną do rozporządzenia. Pensyonaryuszem *„interne"* może zostać tylko ekstern klasy III po ukończeniu 40 lat życia. Interni otrzymują tylko puste mieszkanie w zakładzie, o meble, odzież i bieliznę są obowiązani sami się starać. Ociemniali mężczyźni i kobiety mają prawo mieścić obok siebie swoją rodzinę, w takim razie otrzymują na mieszkanie dwa pokoje. Każdy pensyonaryusz otrzymuje dziennie 1 fr. 40 ct. na życie i 625 gramów chleba; żony ociemniałych otrzymują bez względu na wiek 30 ct. dziennie, toż samo mężowie ociemniałych kobiet, jeśli ukończyli 60 lat. Dla każdego dziecka poniżej lat 14 wypłaca zarząd 15 ct. dziennie. Chorzy pensyonaryusze i ich rodziny mają osobne pomieszczenie w infirmeryi, która ich wówczas także żywi. W gmachu przytułku znajdują się: restauracye, trafika i sklepiki, wydzierżawiane tylko ociemniałym, a zaspakajające po niskich cenach wszystkie potrzeby mieszkańców. Znajduje się tu

również szkoła dla dzieci ociemniałych rodziców i kościół. Pensyonaryusze używają tutaj zupełnej swobody, między 5 godziną rano a 10 wieczór wolno im się wydalać bez opowiedzenia z zakładu, a i dłuższe urlopy otrzymują bez żadnej trudności. Są oni obowiązani mieszkania swe sami utrzymywać w porządku, nad czem czuwają osobni inspektorowie, nakładając na opieszałych kary pieniężne. Zarząd ma prawo wydalać nieposłusznych i nałogowych pijaków. W pewnych oznaczonych porach dnia mogą mieszkańcy korzystać z czytelni zakładowej, w której lektorzy czytają mężczyznom gazety, a kobietom powieści. W lecie dwa razy na miesiąc grywa na dziedzińcu zakładu muzyka wojskowa, a muzykalni mieszkańcy ociemniali co dwa miesiące urządzają koncerta. Niektórzy pensyonaryusze robotami ręcznemi, strojeniem fortepianów itp. zarabiają poza zakładem na życie. — Z zakładem tym pozostaje w związku klinika i bezpłatne ambulatoryum okulistyczne. W klinice, infirmeryi, aptece i kuchni dla chorych funkcyonują siostry miłosierdzia.

Liczba przytułków dla starców, kalek, ozdrowieńców jest w Paryżu bardzo wielka, a wzrasta nieustannie dzięki ofiarności jednostek. Nie chcę nużyć czytelnika opisywaniem tych przytułków, gdyż szczegóły się tu powtarzają; znając jeden, można nabrać wyobrażenia o wszystkich innych, wyliczę tylko kolejno te, które najwięcej zasługują na uwagę: *Asiles de convalescence de Vincennes, du Vésinet* i *Vacassy*, wszystkie trzy liczą razem 876 łóżek, przeznaczonych dla rekonwalescentów. *Hospice d'Jvry*, 1200 przeszło łóżek dla nieuleczalnych chorych. *Maison de retraite de la Rochefoucauld*, 240 łóżek, przyjmuje byłych urzędników szpitalnych z ukończonym 60 tym rokiem życia. *Maison de retraite des menages*, 1400 blisko łóżek, przeznaczony dla małżeństw, wdów i wdowców w tymże wieku. *Institution Sainte Térine, Fondation Alquier-Debrousse, Fondation Chardon-Lagache, Fondation Rossini, Hospice Saint-Michel, Hospice de la Reconnaissance, Fondation Galignani, Hospice de Brevannes* mają podobne przeznaczenie, t. j. przyjmują starców obu płci, jedne bezpłatnie, inne za opłatą stosunkowo nieznaczną i zapewniają im oprócz mieszkania i utrzymania, również w razie potrzeby opiekę lekarską.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIII międzynarodowy Zjazd lekarski [1]).

Zjazd odbędzie się w Paryżu od 2 do 9 sierpnia 1900 roku. Biuro Zjazdu stanowią: prezes Lannelongue *(r. François I-er, 3)*, sekretarz Chauffard *(r. Saint Guillaume, 21)* i skarbnik Duflocq *(r. Miromesnil, 64)*.

Członkiem Zjazdu może być każdy zgłaszający się dyplomowany lekarz, oraz każdy mąż nauki, przedstawiony przez francuski Komitet wykonawczy, lub też przez Komitet narodowościowy.

Wpisowe wynosi 25 franków.

Inne tu odnoszące się szczegóły, oraz warunki, pod któremi lekarze Polacy wpisywac się będą mogli przez pośrednictwo Komitetu polskiego na członków XIII-go m. Zjazdu lek., ogłoszone zostaną wkrótce przez ten Komitet.

Program działalności naukowej dzieli prace Zjazdu na 5 części: biologiczną, lekarską, chirurgiczną, ginekologiczno-położniczą i medycyny publicznej. Każdy dział rozpada się na pewną liczbę sekcyj, o czem niżej szczegółowo będzie mowa.

Posiedzenia będą odbywać się codziennie, bądź jako posiedzenia ogólne, bądź też sekcyjne. Pierwsze z posiedzeń ogólnych odbędzie się w dniu otwarcia Zjazdu, drugie w jednym z następnych.

Wszystkie wnioski, które mają być poddane pod obrady Kongresu, mają być przysłane do Komitetu wykonawczego przed dn. 1 maja. Komitet orzeknie, czy przedstawione wnioski mają być i jak uwzględnione.

Każda sekcya ułoży program prac sekcyjnych.

Przemówienia na posiedzeniach ogólnych i referaty odczytane w sekcyach, zostaną ogłoszone w wydawnictwach Zjazdu. Komitet wykonawczy orzeknie, w jakiej mierze mają być uwzględnione odczyty i dyskusye w księdze zjazdowej. Jeden odczyt nie może trwać dłużej od 15 minut, a przemówienia w dyskusyi — od 5 minut.

Spisana treść referatu lub odczytu ma być w dniu posiedzenia doręczona sekretarzowi odpowiedniej sekcyi.

Językiem urzędowym Zjazdu będzie francuski. Na posiedzeniach ogólnych i sekcyjnych równouprawnione będą języki: angielski, francuski i niemiecki.

W sprawach naukowych, należących do prac sekcyjnych, należy porozumiewać się z przewodniczącym odpowiedniej sekcyi; organizacya i bieg spraw Kongresu należą do zakresu generalnego sekretarza. (C. d. n.).

[1]) Podając streszczenie programu Kongresu paryskiego, uwiadamiamy jednocześnie, że Komitet polski posiada kilkaset egzemplarzy tego programu i posyła go na zażądanie.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 listopada.

* Polski Komitet XIII Kongresu lekarskiego w Paryżu na pełnem posiedzeniu w dniu 1 listopada b. r. przyjął z uznaniem do wiadomości starania podjęte przez prezesa i sekretarza Komitetu w celu ustalenia prawnego stosunku z centralnym Komitetem paryskim. Komitet centralny przyznał bowiem Komitetowi polskiemu te wszystkie prawa i atrybucye, jakie posiadają inne Komitety narodowe. Do pomyślnego załatwienia sprawy tej przyczynił się wielce swoim osobistym wpływem Prof. Laskowski w Genewie.

Na posiedzeniu tem uchwalono także dalszy plan działania w tym kierunku, by zapewnić jaknajwiększy udział lekarzy polskich w Kongresie i zebrać pokaźną ilość odczytów. Sprawie tej wielką usługę oddać mogą delegaci Komitetu i dzienniki lekarskie krajowe.

Na posiedzeniu tem, dotychczasowy Prezes Komitetu polskiego, Prof. Dr. Korczyński zrzekł się godności prezesa, której tylko na usilne żądanie Komitetu przed rokiem się podjął. Komitet rezygnacyi tej jednak nie przyjął, lecz uwzględniając jego chwilowe nadmierne zajęcie budową nowej kliniki lekar., uchwalił, by aż do 1 maja 1900 sprawą udziału polskich lekarzy w Kongresie międzynarodowym w Paryżu kierował wiceprezes Komitetu polskiego, Prof. Dr. B. Wicherkiewicz.

Ze wszystkiemi sprawami, dotyczącemi udziału lekarzy polskich w XIII międzynarodowym Kongresie lek. w Paryżu, należy się zgłaszać do wiceprezesa Prof. Dr. B. Wicherkiewicza (ul. Wolska, 11) lub do sekretarza Dr. A. Kwaśnickiego (Basztowa, 4).

Sekretarz: *Dr. A. Kwaśnicki.* Prezes: *Dr. E. Korczyński*

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem jednomyślnie przyjęto do Towarzystwa Drów: Stanisława Drobę, Jana Gawlika, Juliana Majewskiego i Ryszarda Urbanika.

Po załatwieniu innych spraw administracyjnych kol. Dr. Borzęcki przedstawił chorego, cierpiącego na *mycosis fungoides*, poczem kol. Dr. Krzyształowicz miał zapowiedziany odczyt: »O leczeniu liszaja żrącego metodą Unny«, demonstrując działanie tej metody na licznych chorych.

* Poniżej umieszczamy ogłoszenie grona docentów Uniw. Jagiell. którzy przystąpili do zorganizowania t. zw. kursów wakacyjnych.

Instytucya kursów wakacyjnych zdobyła już sobie za granicą ustalone prawo bytu i stała się znakomitym środkiem do rozszerzenia wśród ogółu lekarzy coraz narastających nabytków wiedzy lekarskiej. Szybko rozwijająca się pod wpływem nowych wynalazków technika lekarska wymaga zapoznania się lekarzy prowincyonalnych, zmuszonych do polegania tylko na własnych siłach, z nowymi przyrządami i sposobami ich zastósowywania przy łóżku chorego, w pracowni, przy spisywaniu orzeczenia sądowego itd. Najwięcej obrazowy opis i najlepiej narysowana rycina nie zastąpią osobistego, własnemi rękami wykonywanego wyćwiczenia.

Przekonani więc jesteśmy, że krakowskie kursa wakacyjne znajdą należne im poparcie u kolegów z prowincyi, oraz u lekarzy młodszych, mających się osiedlić po za miastami uniwersyteckiemi, a wypadnie to z największą dla nich samych korzyścią, ze względu na stratę czasu i znaczne wydatki, które pociąga za sobą wyjazd za granicę.

* Artykuł dr. Langiego »W sprawie polepszenia doli lekarzy« wywołał dalsze uwagi na ten piekący dla lekarzy temat. Zaliczając wszelkie ułatwienie w przeprowadzeniu tej ważnej dyskusyi do obowiązków Redakcyi naszego pisma, pragnęlibyśmy jednak zaprowadzić w rozprawach pewien system. W myśl uwag, wypowiedzianych w dopisku do artykułu dr. Langiego, Komisya redakcyjna uprasza naszych współpracowników, ażeby w dyskusyi postawili na pierwszy plan: 1) organizacyę stanu lekarskiego w celu ubezpieczenia bytu lekarzy na starość, oraz ich wdów i sieroty, oraz 2) organizacyę stanu lekarskiego w celu samoobrony przeciw wyzyskowi przez wszelkiego rodzaju instytucye. Tylko z tego zakresu prace na razie drukować będziemy. Natomiast stosunek lekarzy praktyków do profesorów Uniwewersytetu i zbiorowe zarządzenia w stosunku do publiczności odkładamy najpóźniej, nie dlatego, że sami nie wierzymy w skuteczność zbiorowych zarządzeń na tem polu, lecz z powodu, że sprawę organizacyi stanu lekarskiego uważamy za pierwszorzędną, ważniejszą i podstawową do dalszej działalności.

* Doc. dr. Julian Nowak i doc. dr. Włodzimierz Sieradzki mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi: pierwszy weterynaryi w Uniw krak., drugi — sądowej medycyny — w lwowskim.

* Namiestnik zamianował lekarza powiat. Dra H. Nycza i koncepistę sanitarn. dr. F. Stokłosińskiego lekarzami powiatowymi IX klasy rangi, a asystentów sanitarnych dr. M. Szaynowskiego, dr. C. Dolińskiego i dr. A. Jastrzębskiego — koncepistami sanitarnymi.

* Wydział krajowy zamianował dr. L. Bergera, dr. L. Doboszyńskiego i dr. E. Supińskiego sekundaryuszami szpitala św. Łazarza.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Filip Eisenberg.

* Zwracamy uwagę kolegów na zamieszczone w Nr. dzisiejszym ogłoszenie dr. Gwiazdomorskiego. Stosunki lekarskie w Krakowie tak się już ułożyły, że byłoby istną stratą dla obu stron, gdyby miasto nasze naraz pozbawione zostało Domu zdrowia. Wśród ogółu naszych lekarzy nie łatwo o jednostkę, posiadającą wystarczający kapitał na zakupno dobrze urządzonego i zaopatrzonego zakładu, należałoby zatem zawiązać konsorcyum, jak to się zwykle czyni w innych większych miastach.

* Zjazd niemieckich balneologów zbiera się w marcu 1900 r. w Frankfurcie n. M.

* Dentysta technik w Aussee został zaskarżony przez dwie pacyentki, którym podczas jakiejś operacyi ponadłamywał korony zębów. Sąd powiatowy uwolnił go od odpowiedzialności, lecz prokurator apelował do senatu, który ostatecznie skazał technika dentystę na 50 złr. albo 10 dni aresztu, a to głównie za to, że technik podjął się operacyi, wchodzącej już w zakres wykonawstwa lekarskiego.

* W stanie Kentucky powiła jedna kobieta 5-ro dzieci, które w ciągu miesiąca wymarły. Dr. Benheim, który był przy rozwiązaniu, zestawił statystykę porodów wielorakich; bliźnięta rodzą się raz na 89 porodów; trojaki raz na 7910; czworaki raz na 381.126.

* Dr. Strahl, specyalista w chorobach kończyn dolnych, znany z tego, że mu Izba lekarska berlińska odebrała prawo wyborcze, ogłasza się obecnie w rozkładzie jazdy linii kolejowej Berlin-Scharlottenburg; ogłoszenie ilustruje noga, ujęta w szyny. »Deutsche med. Wochenschrift zapytuje, »co to znaczy? czyby Towarzystwo wspomnianej kolei stało na słabych nogach«?«.

Mianowania i odznaczenia. Włoskie ministeryum oświaty poruczyło Pani Riva Monti katedrę anatomii porównawczej. Dr. Schaffer mianowany został prof. nadzw. neurologii, a dr. Rona — prof. nadzw. chorób skórnych i wener w Peszcie. Dr. Pešina mian. został nadzw. profesorem pedyatryi w Pradze. W Jenie mianowano profesorem Uniwers. polikliniki prof. Matthesa.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Jan Oświecimski, znany specyalista ginekolog, autor kilku prac z zakresu swej specyalności, obrońca ludu szląskiego, bardzo wzięty lekarz w Katowicach i w okolicy, zakończył życie w Dreźnie d. 5 b. m. w 36 r. życia. Dr. Karol Fermer, lat 63, zmarł w Warszawie. Dr. Bazyli Wolan, członek Rady państwa, prof. w Uniw. czerniowieckim, zmarł w Wiedniu, licząc lat 69. Dr. Andrzej Montwiłł zmarł na Kaukazie, w 42 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Postępie Okulistycznym* (październik): Dr. Talki J.: Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych. Wadliwy rozwój jamy czołowej i jej ropny otok (dokoń.) Strzemińskiego J.: Cierpienia oczne w histeryi. Ośm przypadków własnych (c. d.). Dr. Bałabana T.: Michał Borysiekiewicz (wspomnienie pośmiertne). W *Czasopiśmie lekarskiem* Nr. 10: Dr. Stankiewicza Cz.: Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat 18. Dr. Tumpowskiego A.: Dwa przypadki porażenia nerwu strzałkowego. Dr. Grodeckiego F.: Rana darta podbrzusza; wypadnięcie kiszek. Wyzdrowienie. Dr. Lewkowicza St.: Warunki higieniczne w szkołach elementarnych miejskich, oraz w zakładach naukowych prywatnych Łodzi. Dr. Berensteina M.: O koloniach letnich dla ubogich dzieci w Łodzi. Dr. Troczewskiego A.: Szpital S-go Walentego w Kutnie, oraz słów kilka w sprawie znaczenia, potrzeby i stanu obecnego szpitali na prowincyi. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 44: Prof. Prusa J. O objawach występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia ciałka prążkowego i wzgórka wzrokowego. Dr. Ołtuszewskiego: Niedorozwój psychiczny i jego stosunek do różnych kategoryj zboczeń mowy (c. d.). Pechkranza S.: Samoistne cierpienia serca. W *Krytyce Lekarskiej* Nr. 11: Dr. Radziwiłłowicza: Patogeneza syryngomyelii. Wislockiego K.: Jeszcze w sprawie bytu lekarzy. Dr. Peszke: O najnowszem słownictwie anatomicznem naszem. Polemika: prof. Browicz — Steinhaus. Z pamiętników Prof. Szokalskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

W roku bieżącym, w ciągu miesiąca grudnia, odbędzie się po raz pierwszy kurs wakacyjny dla lekarzy, urządzony przez docentów Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiell., na wzór istniejących oddawna w Niemczech i cieszących się stałem powodzeniem „Fortbildungscurse“. Kurs ten trwać będzie 4 tygodnie — od 26-go listopada do 23-go grudnia i obejmie następujące, dotychczas zapowiedziane wykłady:

1. **Chirurgia** — doc. Dr. Kryński: Kurs operacyj chirurgicznych na trupach (ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej), 8 godzin tygodniowo. Opłata 30 złr.

2. **Dentystyka** — doc. Dr. Łepkowski: Kurs plombowania i wyjmowania zębów. Codziennie $1\frac{1}{2}$ godziny. Opłata 50 złr.

3. **Medycyna wewnętrzna** — doc. Dr. Korczyński: Metody ściślejszego badania klinicznego (mikroskopia i chemia kliniczna) z demonstracyą chorych. Codziennie $1\frac{1}{2}$ godziny. Opłata 20 złr.

4. **Okulistyka** — doc. Dr. Sroczyński: Kurs wziernikowy chorób oka, 4 godziny tygodniowo. Opłata 20 złr.

5. **Pedyatrya** — doc. Dr. Raczyński: Ćwiczenia w dyagnostyce chorób dzieci. Szczegółowo błonica i jej leczenie. Ćwiczenia w intubacyi. Codziennie 2 godziny w szpitalu św. Ludwika. Opłata 20 złr.

6. **Bakteryologia** — doc. Dr. Nowak: Kurs praktyczny bakteryologii. Codziennie 1 godzina. Opłata 20 złr.

7. **Histologia patologiczna** — docenci: Dr. Ciechanowski i Dr. Nowak, 3 godziny tygodniowo. Opłata 20 złr.

8. **Cwiczenia w sekcyach patologicznych** — doc. Dr. Ciechanowski. Codziennie 1 godzina. Opłata 20 złr.

Każdy z tych kursów przyjdzie do skutku wówczas, jeżeli zapisze się przynajmniej pięciu uczestników.

Zgłoszenia, zarówno jak i opłatę za kursa, przyjmuje kwestor Uniwersytetu p. Sołtysek *(Collegium novum)*, gdzie też znajduje się dokładne oznaczenie godzin i miejsca wykładów.

Mając zamiar zwinąć mój

„DOM ZDROWIA“

zawiadamiam o tem Kolegów, którzyby mieli chęć kupienia lub wydzierżawienia mej realności na ten sam cel wraz z całym inwentarzem i ogrodem, lub bez tegoż.

Kraków, 8-go listopada 1899.

192 *Dr. Jan Gwiazdomorski.*

KONKURSY.

L. 1453

Wydział powiatowy w Turce rozpisuje niniejszem na mocy §§. 4 i 5 ustawy z dnia 2 lutego 1891 dz. ust. kraj. Nr. 17 i §§. 7 i 8 rozp. wykon. dz. ust. kraj. Nr. 82 z r. 1891 Konkurs na prowizoryczną posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Boryni dla 26 gmin na obszarze 482 kilometrów kwadratowych z ludnością 19.538 mieszkańców.

Roczna płaca 500 złr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 400 złr. w. a.

Kandydaci muszą prócz dostatecznej fizycznej zdatności posiadać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego
2) doktorat wszech nauk lekarskich
3) nieskazitelny charakter
4) znajomość języka polskiego i ruskiego
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim
6) utrzymywanie apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy się wykażą dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego — lub świadectwem egzaminu fizykackiego. —

Podania udokomentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego w Turce w terminie do 15 Listopada 1899.

Wydział powiatowy Turce.

Lwkr 64.976.

W myśl § 12 ustawy z dnia 28 lipca 1897 (Nr. 47 D. u. k.) Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. ks. Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na posadę *pierwszego sekundaryusza* przy szpitalu powszechnym w Śniatynie z płacą 400 złr. rocznie.

Na razie posada ta z dniem 1 stycznia 1900 r. nadaną będzie prowizorycznie, po roku jednak pożytecznej dla szpitala służby, Kandydat będzie miał prawo prosić o stabilizacyę.

Pragnący otrzymać powyższą posadę, winni najpóźniej do dnia 10 grudnia 1899 wnieść podanie do Wydziału krajowego z dołączeniem:

a) metryki urodzenia na dowód, że konkurujący nie przekroczył 40-go roku życia;

b) dowodu, że posiada obywatelstwo monarchii austro-węgierskiej i

c) dyplomu doktora wszech nauk lekarskich, uzyskanego lub potwierdzonego na jednym z uniwersytetów państwa austro-węgierskiego. 190

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 16 Października 1899. *Grott.*

Wydział krajowy ogłasza konkurs na obsadzenie czterech posad prowizorycznych drugich sekundaryuszów przy szpitalach powszechnych:

a) w Rzeszowie	z płacą	500	złr. rocznie
b) w Przemyślu	„	600	„ „
c) w Stanisławowie	„	600	„ „
d) w Tarnowie	„	600	„ „

Podania wnosić do dnia 10 grudnia 1899 do Wydziału kraj. z wymienieniem szpitala, przy którym posadę otrzymać pragną, i z dołączeniem dokumentów, że nie przekroczyli wieku lat 40 i że posiadają prawo obywatelstwa austryackiego, wreszcie, że otrzymali dyplom wszech nauk lekarskich, uzyskany lub potwierdzony na jednym z Uniwersytetów monarchii austro-węgierskiej. Posada wyżej wymieniona nadaną będzie prowizorycznie na lat dwa, począwszy od 1 stycznia 1900 r.



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.